



Perception d'une insuffisance de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement : prévalence et impact chez les primipares au CHU Estaing de Clermont-Ferrand

Charlotte Servadio

► To cite this version:

Charlotte Servadio. Perception d'une insuffisance de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement : prévalence et impact chez les primipares au CHU Estaing de Clermont-Ferrand. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01338891

HAL Id: dumas-01338891

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01338891>

Submitted on 29 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives| 4.0 International License

**ECOLE DE SAGE-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND**
UNIVERSITÉ D'AUVERGNE – CLERMONT 1

**PERCEPTION D'UNE « INSUFFISANCE DE LAIT » AU
COURS DES 2 PREMIERS MOIS D'ALLAITEMENT**

Prévalence et impact
chez les primipares au CHU Estaing de Clermont-Ferrand

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU LE 15 JUIN 2015 PAR

Charlotte SERVADIO

Née le 20/05/1981

Sous la direction de Mme DORUT Agnès, Sage femme consultante en lactation IBCLC
et sous la co-direction de M. GONY Sylvain, maïeuticien enseignant

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2014 - 2015



UdA | Université d'Auvergne



**ECOLE DE SAGE-FEMMES
DE
CLERMONT-FERRAND**
UNIVERSITÉ D'AUVERGNE – CLERMONT 1

**PERCEPTION D'UNE « INSUFFISANCE DE LAIT » AU
COURS DES 2 PREMIERS MOIS D'ALLAITEMENT**

Prévalence et impact
chez les primipares au CHU Estaing de Clermont-Ferrand

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU LE 15 JUIN 2015 PAR

Charlotte SERVADIO

Née le 20/05/1981

Sous la direction de Mme DORUT Agnès, Sage femme consultante en lactation IBCLC
et sous la co-direction de M. GONY Sylvain, maïeuticien enseignant

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2014 - 2015

Remerciements

Je tiens à remercier mes directeurs de mémoire, Madame Agnès Dorut et Monsieur Sylvain Gony pour leurs qualités humaines, leurs conseils avisés, leur disponibilité et leur soutien. Un grand merci également à Aurélien Mulliez, biostatisticien de la DRCI pour son aide précieuse pour l'analyse des résultats.

Un grand merci à toutes les enseignantes de l'école de Sage-Femme qui m'ont soutenue tout au long de mes études : Aurélie Méjean-Lapaire, Verlaine Duvignau, Delphine Poumeyrol, Annick Viallon, Inès Parayre, Séverine Taithe, et à Madame Leymarie, directrice de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour m'avoir fait confiance.

Merci à toutes mes co-promotionnaires pour votre soutien et votre énergie, spécialement Manue, Fanchon, Chloé, Amandine, et les autres ! Une très grande pensée pour Marie et Rose.

Merci à toutes les mamans qui ont répondu à ce questionnaire, avec gentillesse, honnêteté et enthousiasme.

Et encore merci à toutes les sages-femmes qui m'ont donné envie de faire ce métier merveilleux...

À Mélie, Camilo et Erwan,

pour m'avoir supportée (à tous les sens du terme!), aimée, aidée, rassurée, bousculée

tout au long de ces études qui me tenaient tant à cœur...

Glossaire

AM : Allaitement Maternel

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (devenue HAS depuis 2005)

CERDAM : Centre ressource documentaire pour l'Allaitement Maternel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

ELFE : Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance

EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé (a remplacé l'ANAES depuis 2005)

IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

IMC : Indice de Masse Corporelle (en kg / cm²)

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiques

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SOMMAIRE

Introduction.....	1
1Revue de la littérature.....	3
1.1Contexte de l'étude.....	3
1.1.1Bénéfices de l'allaitement maternel et recommandations professionnelles.....	3
1.1.2Taux, durée et exclusivité de l'allaitement en hausse, mais encore insuffisants.....	4
1.1.3Les facteurs liés à la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de 3 mois.....	7
1.1.4Premier motif d'arrêt de l'allaitement maternel et d'entrée dans l'allaitement mixte : la perception d'une insuffisance de lait.....	8
1.1.5L'insuffisance de lait dans les recommandations professionnelles.....	11
1.2Perception, insuffisance de lait primaire, insuffisance de lait secondaire.....	13
1.2.1Incidence, définition et classification.....	13
1.2.2L'insuffisance de lait primaire.....	15
1.2.3L'insuffisance de lait secondaire.....	16
<i>Les mécanismes de production de lait et leur régulation.....</i>	<i>16</i>
<i>Introduction de compléments de lait artificiel et insuffisance de lait.....</i>	<i>18</i>
<i>Rôle des tétines dans l'insuffisance de lait.....</i>	<i>19</i>
<i>Cas particuliers.....</i>	<i>19</i>
1.2.4La perception d'insuffisance de lait.....	20
<i>Dès les premières 48h.....</i>	<i>20</i>
<i>Des seins souples et moins volumineux.....</i>	<i>20</i>
<i>La méconnaissance du comportement « normal » d'un bébé nourri au sein.....</i>	<i>21</i>
<i>Les bébés qui "réclament" beaucoup, voudraient être toujours au sein, dorment peu.....</i>	<i>21</i>
<i>Le manque de confiance en soi des mères en leur capacité à nourrir leur enfant.....</i>	<i>21</i>
<i>Les périodes de poussées de développement de l'enfant.....</i>	<i>22</i>
1.3 Contexte au CHU Estaing, en Auvergne et justification de l'étude.....	24
2Matériels et Méthodes.....	26
2.1Type d'étude.....	26
2.2Population de l'étude et recrutement des patientes.....	26
2.2.1Population cible et population source.....	26
2.2.2Critères d'inclusion et critères d'exclusion.....	26
2.2.3Recrutement des patientes.....	27
2.3Recueil des données.....	27
2.3.1Variables recueillies.....	27
2.3.2Critères de jugement et objectifs.....	30
2.3.3Modalités de recueil.....	30
2.4Saisie, informatisation et codage des données.....	31
2.5Analyse statistique des données.....	31
2.6Budget et Aspects éthiques et réglementaires.....	32

3 Résultats.....	33
3.1 Taux et délai de réponse.....	33
3.2 Caractéristiques de la population.....	33
3.2.1 Les mères.....	33
3.2.2 Les nouveaux-nés.....	34
3.2.3 Le projet d'allaitement initial.....	35
3.3 Le déroulement de l'allaitement.....	36
3.4 La sensation de manque de lait.....	37
3.4.1 Une très forte prévalence.....	37
3.4.2 D'importantes conséquences sur la poursuite de l'allaitement.....	37
3.4.3 L'information reçue.....	37
3.4.4 La caractérisation des périodes de sensation de manque de lait.....	38
3.4.5 Étude des liens entre la sensation d'insuffisance de lait et les autres variables.....	39
3.4.6 Étude des liens entre le fait de donner un biberon de lait artificiel lors de sensation de manque de lait et les autres variables.....	41
3.4.7 Étude des liens entre la poursuite de l'allaitement à 2 mois et les autres variables.....	45
4 Discussion.....	46
4.1 Limites, biais	46
4.2 Caractéristiques et représentativité de l'échantillon.....	46
4.3 Réponse aux objectifs et comparaison des résultats à ceux de la bibliographie.....	51
4.3.1 Une très forte prévalence des femmes ayant le sentiment de périodes d'insuffisance de lait. .	51
4.3.2 D'importantes conséquences de la sensation de manque de lait sur la poursuites de l'allaitement et sur le mode d'allaitement à 2 mois.....	52
4.3.3 La caractérisation des périodes de manque de lait.....	54
4.3.4 Les facteurs liés à une perception de manque de lait et au fait de donner un biberon de complément pendant ces périodes.....	55
4.4 Propositions d'action.....	60
Conclusion.....	64
Références bibliographiques.....	66
Annexes.....	73
Annexe I. Synthèse du rapport Turck – Propositions d'actions.....	73
Annexe II. Calcul du score EPICES.....	75
Annexe III. Dix conditions pour le succès de l'allaitement Maternel.....	76
Annexe IV. Questionnaire.....	77
Annexe V. Formulaire de Consentement.....	89
Annexe VI. Lettre d'information.....	91
Annexe VII. Réponses qualitatives.....	93
Annexe VIII. Protocole pour augmenter l'ingestion de lait maternel par le bébé.....	98
Annexe IX. Comparaison des Courbes des poids OMS et du carnet de santé français.....	100

INTRODUCTION

En France, les taux d'allaitement maternel (AM) à la naissance ont largement augmenté au cours de ces dix dernières années pour passer de 51,6 % en 1995 à 68,7% en 2010 (1) et même 69 % en 2012 (2). Cependant, les durées d'AM dans les 6 premiers mois restent en décalage avec le désir des femmes et avec les recommandations internationales de l'OMS qui préconisent un allaitement exclusif d'une durée minimale de 6 mois. En 2012, 22,5% des bébés français étaient encore allaités à 6 mois, dont seulement 10,5 % de façon exclusive, contre 82% en Norvège en 2007 (2).

Dans la littérature, la perception maternelle d'une insuffisance de lait est la raison la plus fréquemment mentionnée pour la cessation précoce de l'allaitement (38 % des cas) ou l'introduction de préparations commerciales pour nourrissons (3), (4), (5), (6). La croyance que beaucoup de mères ne sont pas capables de produire assez de lait est profondément enracinée et extrêmement répandue. Cependant, l'insuffisance de lait liée à une incapacité pathophysiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait est très rare et concerne moins de 5 % des mères (7). Une réelle insuffisance de lait est le plus souvent un phénomène transitoire lié à un mauvais démarrage ou à un problème d'allaitement, susceptible d'être corrigé par l'optimisation de la pratique de l'allaitement associée à des encouragements et du soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses capacités à satisfaire les besoins de son bébé (8).

Prévenir, déceler et prendre en charge la perception d'une insuffisance de lait est donc une problématique de santé qui se situe au cœur de la pratique des sages-femmes en

périnatalité tant au niveau de la promotion que du soutien à l'allaitement.

Cependant, peu de données récentes et locales existent sur ce phénomène de perception d'insuffisance de production lactée. Quelle est sa prévalence réelle ? Quel conséquence a-t-il sur la poursuite de l'allaitement ? Quelles stratégies les femmes mettent-elles en œuvre ? Y a-t-il des facteurs favorisant la perception d'un manque de lait en cours d'allaitement ?.

C'est pourquoi ce travail, réalisé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Estaing de Clermont-Ferrand de mars à août 2014, avait pour objectifs de mesurer la prévalence de la perception d'une insuffisance de lait au cours des deux premiers mois d'allaitement chez les primipares, son impact sur l'arrêt d'un allaitement exclusif, les réactions des femmes face à cette situation, et d'identifier les facteurs favorisant la sensation de manque de lait en cours d'allaitement.

Dans une première partie la revue de la littérature permettra de faire le point sur l'état actuel des données de la science, une deuxième partie exposera la méthodologie de la recherche, une troisième partie exposera les résultats de l'étude, et enfin, dans une quatrième partie, la discussion permettra de confronter les résultats avec les données scientifiques connues.

1 REVUE DE LA LITTÉRATURE

1.1 Contexte de l'étude

1.1.1 Bénéfices de l'allaitement maternel et recommandations professionnelles

L'allaitement est reconnu pour ses multiples bienfaits tant pour la santé de la mère que pour celle de l'enfant, ainsi que pour la communauté et l'environnement (9). **Les bénéfices de l'allaitement sont dépendants de la dose de lait maternel reçue, donc de sa durée et de son exclusivité. Les bénéfices santé sont principalement observés lorsque la durée de l'allaitement exclusif est d'au moins 3 mois (8).**

Pour l'enfant, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans autre ingestat solide ou liquide, y compris l'eau, permet à lui seul un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois. Pour l'enfant, avoir été allaité est un facteur protecteur contre les infections gastro-intestinales, Oto-rhino-laryngologiques (ORL), respiratoires. Lorsque l'allaitement est prolongé jusqu'à six mois, il permet de diminuer les risques d'eczéma et d'asthme pendant la première année de vie chez les nourrissons à risque d'allergie, le risque de mort subite du nourrisson, le risque d'obésité dans l'enfance et l'adolescence, de diabètes de type 1 et 2, et diminue la tension et la cholestérolémie à l'âge adulte.

Pour la mère, les suites de couches sont facilitées : les sécrétions hormonales provoquées par la mise au sein diminuent le risque d'infections du post-partum et aident l'utérus à reprendre plus vite sa taille, sa forme et sa tonicité. La perte de poids est plus rapide dans les six premiers mois du post-partum. L'AM diminue l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause. En cas d'allaitement, le risque d'ostéoporose après la ménopause n'est pas accru, la densité osseuse revenant normale après le sevrage. Enfin, la

pratique de l'AM peut donner à la mère une motivation supplémentaire pour tenter d'arrêter un éventuel tabagisme (10).

Pour la communauté, des taux faibles et un arrêt précoce de l'allaitement ont de graves répercussions sociales et sanitaires pour les femmes, les enfants, la communauté et l'environnement, qui ont pour conséquence d'accroître les dépenses de santé nationales, et les inégalités face à la santé (11), (12).

De ce fait, la recommandation internationale de nombreux organismes est un allaitement exclusif pour une durée de 6 mois et par la suite aussi longtemps que la mère et l'enfant le désirent (Organisation mondiale de la Santé (OMS), Haute autorité de santé (HAS), rapport de l'union européenne de 2004). En France, le Programme national nutrition santé (PNNS) recommande l'AM « de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé ». **En plus de l'augmentation du taux d'initiation de l'AM à la maternité, le PNNS préconise d'augmenter sa durée en poursuivant si possible l'AM après 6 mois**, y compris pendant la diversification alimentaire, période au cours de laquelle sont introduits les aliments et boissons autres que le lait (10), (18).

1.1.2 Taux, durée et exclusivité de l'allaitement en hausse, mais encore insuffisants

En France, depuis 1972, on observe à la fois une augmentation des taux globaux d'AM et une nette diminution des taux d'allaitement mixte. Cela suggère que la politique de promotion de l'allaitement mise en place progressivement à partir de la fin des années 1990 a eu un impact.

D'après l'enquête nationale périnatale menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le taux d'AM à la naissance en France était de **68,7%**

en 2010, pour des taux de 52,3 % en 2003 et 51,6% en 1995. L'étude des certificats de santé du 9ème mois montre quand à elle un taux d'allaitement à la naissance de **63,8%** en 2010.

L'allaitement exclusif est passé de 40,5% en 1995, puis à 43,9% en 1998, à 55,4% en 2003 et enfin à **60,2% en 2010**. Toutefois, ces chiffres cachent des disparités importantes : de 90 % d'allaitement en Guyane et en Guadeloupe, et 78 % à 86 % en Ile-de-France, à 43 % dans le Pas-de-Calais, à peine plus dans la Somme et dans l'Aisne. On retrouve une prévalence plus élevée dans des régions où la population urbaine est élevée, étrangère, avec un niveau d'étude élevé, ou une forte densité de professionnels comme les sages-femmes. En dépit de cette évolution, la France se situe à un niveau encore inférieur aux Pays nord-européens : En Europe, une quinzaine de pays ont des taux d'allaitement supérieurs à 90% à la naissance (1).

Dans les pays du Nord comme la Suède, la Lettonie et la Slovaquie, ou en République tchèque, plus de 95% des nouveau-nés sont allaités à la naissance.

D'après l'étude des certificats du 9ème mois, la proportion des bébés allaités entre 3 et 6 mois était de 25% en 2007 et **22% en 2010**, et plus de 6 mois est de 22,9 % en 2006 et 28,3 % en 2007, **21,3% en 2010**. On notait 10,4% de bébés allaités moins de 6 semaines et 10,1% de bébés allaités 6 semaines à 3 mois. Ces données montrent beaucoup de disparités régionales et ne renseignent pas sur le caractère exclusif ou non de l'allaitement (14). Les données auvergnates des certificats du 9^{ème} mois sont trop peu fiables et ne permettent pas d'évaluer des taux d'allaitement à 6 semaines, 3 mois ou 6 mois pour l'Auvergne.

L'étude Elfe, qui est la première étude longitudinale française consacrée au suivi des enfants, de la naissance à l'âge de 20 ans, en abordant les multiples aspects de la vie de l'enfant sous l'angle des sciences sociales, de la santé et de la santé-environnement, a porté sur plus de 18 000 nourrissons nés tout au long de l'année 2011 dans un échantillon aléatoire de maternités de France métropolitaine. Elle a montré que plus des deux-tiers des nourrissons (70,5%) recevaient du lait maternel à la maternité (59,0% de façon exclusive, 11,5% en association avec des préparations pour nourrissons). Ce taux moyen cachait des différences importantes selon le contexte de la naissance et les caractéristiques des parents. Les taux d'allaitement étaient plus faibles en cas de complications à la naissance ainsi que chez les nourrissons dont les parents étaient nés en France, étaient ouvriers, employés ou sans profession, et chez ceux dont les mères avaient un niveau d'études intermédiaire. La pratique de l'allaitement diminuait aussi quand la mère était fumeuse, peu investie dans la préparation à la naissance et lorsqu'elle était en situation d'insuffisance ou de surcharge pondérale avant la grossesse. Ces mêmes caractéristiques sociales renforçaient la partition des choix entre allaitement exclusif et allaitement partiel, exception faite des mères étudiantes et étrangères qui pratiquaient plus que les autres un allaitement partiel, malgré leur forte propension à allaiter (15).

L'étude Epifane, qui avait pour objectif de décrire l'alimentation des enfants pendant leur première année de vie, a porté sur un échantillon aléatoire de 3368 nourrissons nés entre le 16 janvier et le 5 avril 2012 dans 136 maternités tirées au sort sur tout le territoire de France métropolitaine. Elle a révélé que plus des deux-tiers des nourrissons (69 %) recevaient du lait maternel à la maternité (60% de façon exclusive, 9% en association avec

des formules lactées). Dès l'âge de 1 mois, ils n'étaient plus que la moitié (54%) à être allaités, et seulement 35% de façon exclusive. À 3 mois, 39% des enfants étaient encore allaités : 10% de façon exclusive, 11% de façon prédominante et 18% recevant aussi des préparations pour nourrissons (PN) du commerce. À 6 mois, seuls 23 % des enfants étaient encore allaités, dont seulement 1,5% de façon exclusive ou prédominante. À un an, seuls 9% des enfants recevaient encore du lait maternel, complémenté, pour tous, par d'autres aliments ou liquides. **Les auteurs concluent que les actions pour la promotion de l'AM devraient particulièrement s'intéresser à la diminution rapide de l'AM exclusif, mesurable dès la première semaine, et concerner particulièrement les jeunes mères et celles de faible niveau d'éducation (2), (16).**

1.1.3 Les facteurs liés à la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de 3 mois

Une revue de la littérature de 2009, portant sur des études récentes (de 2001 à 2007), menées dans des pays à haut niveau socioéconomique, et effectuée par Noirhomme-Renard et Noirhomme, a permis d'identifier l'impact de plusieurs facteurs sur la durée de l'allaitement (17). On note notamment que la perception d'une insuffisance de lait, l'incertitude quant à la quantité de lait prise et le peu de confiance en soi sont des facteurs influençant négativement la durée de l'AM.

Les résultats sont résumés dans le tableau ci-après :

Tableau 1: Résumé des facteurs influençant la durée de l'AM. Une revue de la littérature. Noirhomme-Renard et Noirhomme, 2009, (17)

Tableau 1 Résumé des facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel.	
Association positive	Association négative
Facteurs liés à la mère	
Être plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socioéconomiquement plus favorisée [8–15]	Être plus jeune, seule, de plus faible statut socioéconomique, récemment immigrée, avoir déménagé en raison de la naissance du bébé [9,11,13,16,17]
Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience passée positive d'allaitement [9,11,18]	Expérience passée négative d'allaitement [9]
Grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité [9,10,13,20,21]	Ambivalence ou non désir d'allaiter, décision tardive
Participation à des cours de préparation à la naissance [13]	Manque d'informations sur la durée optimale [17]
Bonnes connaissances [10]	Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise [9,10,13,16–18]
Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité [10,24]	Peu de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression postnatale [11,24,25]
Absence de difficultés d'allaitement [13]	Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement [21]
Cohabitation mère/bébé 24 h/24 à la maternité [11]	Tétine précoce au bébé [12,22]
	Obésité, tabagisme [10,12,28–30]
	Emploi de la mère (> 20 h/semaine) [12,14,31]
Facteurs liés au bébé et à son état de santé	
Technique de succion correcte	Faible prise de poids du bébé [9,32]
	Problème de succion [17]
Facteurs liés à l'entourage	
Soutien émotionnel de l'entourage	Absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part du père
Soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement [12,40]	
Soutien téléphonique des paires [41]	
Facteurs liés au système de santé	
Mise au sein précoce, allaitement fréquent, à la demande [11,13]	Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes [11,18,22]
Soutien de professionnels de santé formés	Recours aux compléments en maternité
	Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité [42]
	Méconnaissances et manque de soutien des professionnels [15]
	Recommandation de compléments [17]
Facteurs liés aux politiques de santé	
Accès à un congé de maternité rémunéré prolongé [12]	Congé de maternité court et peu rémunéré
Initiative « Hôpital ami des bébés » [18,47]	

1.1.4 Premier motif d'arrêt de l'allaitement maternel et d'entrée dans l'allaitement mixte : la perception d'une insuffisance de lait

On ne connaît pas de manière précise l'incidence du problème par manque d'études disponibles et car le recours à l'alimentation par substitut de lait est très fréquent en cas de problèmes d'allaitement (8).

En France

Dès 1982, l'insuffisance de lait réelle ou perçue a été indiquée, au fil des années, comme la raison la plus fréquente d'abandon d'allaitement (18). Le rapport français sur la périnatalité de 1995 montrait que la perception d'une insuffisance de lait était toujours le principal

motif d'arrêt (38 % des cas) évoqué par les femmes ayant cessé d'allaiter avant 9 semaines (1). C'est également le premier motif d'introduction de biberons de compléments. Un sondage effectué par l'Institut des Mamans sur un échantillon de 1117 mères qui ont répondu en septembre 2002 à un questionnaire par internet, place le manque de lait comme première cause de sevrage d'allaitement dans 32,3% des cas, et cité dans toutes les tranches d'âges les 6 premiers mois parmi les raisons de sevrages les plus fréquemment rencontrées. En deuxième motif d'arrêt vient la reprise du travail avec 23,2 %, puis un bébé insatisfait 16,5 %, une initiative de l'enfant 15,6 %, une douleur pendant les tétées 14,7 %, lassitude maternelle 11,7 %, manque de temps 10,9 %, une prise de poids insuffisante 10,6 %, des tétées trop nombreuses 7 %, pressions de l'entourage 6,5 %. On remarquera qu'un bébé insatisfait, une prise de poids insuffisante et des tétées trop nombreuses sont également 3 motifs intrinsèques au phénomène de perception d'insuffisance de lait. Cependant cette enquête, commandée par La Leche League et réalisée par internet, présente un biais de recrutement et les résultats doivent être interprétés comme des tendances (19).

La DRASS du Rhône-Alpes et B Branger, M Cebon et al ont fait apparaître que la plupart des femmes étaient angoissées de ne pas avoir assez de lait ou de ne pas savoir quelle quantité de lait prend l'enfant lorsqu'il était au sein. Elles étaient près de 20% à sevrer leur enfant à l'âge de 1 mois pour «manque de lait» ou «lait pas assez nourrissant » (20)

En Auvergne

Le mémoire de Mathilde Tiersonnier soutenu en 2008 « état des lieux de l'AM à

Clermont-Ferrand » réalisé auprès de 132 femmes a montré que les principales raisons d'arrêt de l'AM à 1 mois et demi étaient un choix personnel pour 57,3 % et une insuffisance de lait pour 53,3 %. A 3 mois, 75 % des femmes arrêtent l'allaitement pour la reprise du travail, et 55,6 % pour fatigue maternelle (21).

Au niveau international

Une revue de la littérature de 2008 a étudié toutes les publications portant sur « la perception d'insuffisance de lait » et/ou « le manque de lait » entre 1996 et 2007, concernant des allaitements de nourrissons en bonne santé et nés à terme. Vingt publications ont été étudiées, provenant des États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, Mexico, Hong-Kong, Thaïlande et Turquie. Un large pourcentage de mères allaitantes (de 35% à 44% d'après la plupart des études) rapporte la perception d'insuffisance de lait comme étant la principale difficulté rencontrée, la première cause de sevrage prématuré, et la principale raison pour introduire des compléments de lait artificiel. Et bien que les 4 premières semaines du post-partum représentent la période « à risque », le problème de l'insuffisance de lait se pose tout au long de l'allaitement (22). Par ailleurs, la présence de douleur aux mamelons, l'engorgement, le refus de l'enfant de prendre le sein ou de téter de façon efficace, l'enfant qui demande fréquemment le sein, le faible gain de poids de l'enfant, la fatigue sont également rapportés comme des raisons de cessation précoce de l'allaitement. L'ensemble de ces raisons sont liées au phénomène d'insuffisance de lait, tant dans sa causalité que dans son résultat (6), (23), (5).

Au contraire, dans les pays où l'AM est très valorisé et le recours aux laits artificiels beaucoup moins facile, ce « syndrome d'insuffisance de lait » est extrêmement rare, de

même qu'il était quasiment inconnu à l'époque où l'allaitement était encore la norme et le mode d'alimentation prépondérant dans les pays occidentaux (8), (7), (24).

1.1.5 L'insuffisance de lait dans les recommandations professionnelles

Selon les recommandations et références professionnelles de l'ANAES de 2002, « AM, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant », les mères qui allaitent *« doivent être prévenues de l'éventualité d'être confrontées à des périodes difficiles où elles auront l'impression de manquer de lait et douteront de leurs capacités à satisfaire les besoins de leur bébé. La prévention est la meilleure approche et repose sur l'apprentissage et la pratique de tétées efficaces, à la demande, et le dépistage des situations à risque qui pourront bénéficier d'un suivi plus étroit et d'un accompagnement adapté. Il s'agit :*

- de faire comprendre que des apports nutritionnels insuffisants ne sont ni la principale ni la seule cause d'agitation et de pleurs chez le nourrisson, que l'allaitement repose sur le principe de l'offre et de la demande et que les nourrissons sont capables de réguler leurs besoins pour peu qu'ils tètent de façon efficace et aient accès au sein sans restriction ;*
- de faire savoir que la croissance des nourrissons allaités diffère de celle des enfants nourris au substitut de lait » (8), cf. Annexe IX.*

Pour appréhender l'insuffisance des apports de lait maternel et aider les mères, une formation des professionnels de santé et une éducation des familles est indispensable.

En juin 2006, la HAS publiait un guide-outil « favoriser l'AM, processus – évaluation » afin d'améliorer les pratiques professionnelles. La HAS y recommande *d'informer les*

mères sur la « perception d'une insuffisance de lait, le plus souvent infondée », notamment lors de la « phase 4 : poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage » (25), (26). Par ailleurs, la promotion de l'AM est un des objectifs du PNNS élaboré en 2005 (10). Dans cet objectif, différents outils et guides ont été créés à l'attention des professionnels « AM, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », et d'autres à l'attention des parents, comme « Le guide nutrition de la naissance à trois ans » (13) et « le guide de l'AM » (27) dans lesquels sont abordées les questions « j'ai peur de ne pas avoir assez de lait » et « est-ce que j'aurai assez de lait ? ».

Toutes les questions que vous vous posez...

« J'ai peur de ne pas avoir assez de lait... »

Il n'y a aucune raison. En faisant téter votre bébé dès ses premières heures, vous favoriserez la montée de lait. En général, elle survient quelques jours après la naissance, quelquefois un peu plus tardivement... mais elle arrive toujours ! Une fois l'allaitement démarré, et à partir du moment où votre bébé tète régulièrement, le lait ne se tarira pas.

« Le guide nutrition de la naissance à trois ans » PNNS, 2005 (13)

« Est-ce que j'aurai assez de lait ? »

Il est rare de manquer de lait. Une fois l'allaitement démarré, il n'y aura pas de problème à partir du moment où votre enfant tète de façon fréquente et « efficace », car c'est la succion du bébé qui entretient la fabrication du lait [...]. L'important est de se faire confiance ; les associations de soutien à l'allaitement peuvent vous y aider [...].

« Le guide de l'AM » PNNS, INPES, 2009 (27)

« Promouvoir l'AM » est un axe stratégique, du PNNS 2011-2015 (27). Cependant, y apparaissent essentiellement des objectifs chiffrés, sans grand détail des moyens qui permettraient de les atteindre, le « plan d'action allaitement » (ou rapport Turck (29) cf. Annexe I) ayant été très peu intégré à ce nouveau PNNS 2011-2015.

1.2 Perception, insuffisance de lait primaire, insuffisance de lait secondaire

1.2.1 Incidence, définition et classification

Incidence

Peu d'études se sont intéressées spécifiquement au phénomène de la perception d'insuffisance de lait et ce, malgré la prévalence de ce phénomène comme raison fréquente d'entrée dans l'allaitement mixte et de cessation précoce de l'allaitement par les femmes. **On ne connaît donc pas son incidence de manière précise** (7). Le phénomène d'insuffisance de lait est plus souvent abordé comme un motif d'arrêt précoce de l'allaitement ou comme un facteur associé à une durée plus courte d'allaitement.

Définition(s)

Hill et Humenick ont proposé en 1989 une définition du phénomène de l'insuffisance de lait comme étant « **un état dans lequel une mère a ou perçoit qu'elle a une production lactée inadéquate pour que soit satisfait la faim de son enfant et/ou soutenir un gain de poids adéquat** » (30), sans que soit possible de déterminer si le phénomène d'insuffisance de lait est réel, perçu ou les deux. De plus, la perception d'une insuffisance de lait englobe une **dimension quantitative** mais aussi une **dimension qualitative**, des doutes sur la qualité et la valeur nutritionnelle du lait étant aussi très fréquemment invoqués (7).

Pour les parents et les professionnels de santé le problème d'une « insuffisance de lait » se pose dans différentes circonstances : croissance pondérale lente ou stagnation pondérale,

perte de poids, pleurs ou agitation de l'enfant entre les tétées, changements de ses rythmes de sommeil et notamment besoin de téter la nuit, nombre élevé de tétées, tétées très longues ou encore perception de seins souples, disparition des « fuites » de lait. Il peut aussi s'agir de modifications dans l'aspect ou la fréquence des selles, faisant douter de la qualité du lait (7). La mère perçoit alors l'insatisfaction de son enfant (30), et exprime des doutes sur sa capacité à nourrir son enfant (31).

Différentes terminologies se référant au phénomène de l'insuffisance de lait sont utilisées dans les études : syndrome d'insuffisance de lait, insuffisance de lait, perception d'insuffisance de lait, crise de lactation, insuffisance de lait d'origine primaire, insuffisance de lait patho-physiologique, insuffisance de lait d'origine secondaire, incapacité biologique de produire suffisamment de lait, hypogalactie (21), (32), (33), (34), (35), L'emphase étant mise ainsi sur la réalité de l'insuffisance de lait plutôt que sur la réalité de la perception maternelle (6)

Cooke et al. concluent cependant en 2003 que **peu importe la validité ou la réalité de cette insuffisance, le processus de perception à lui seul suffit et contribue à une satisfaction moindre de l'expérience de l'allaitement ou à cesser l'allaitement** (36).

Dans ce contexte, il est essentiel de différencier (37):

- Une incapacité physiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait ;
- Un problème transitoire, susceptible d'être corrigé, donc une insuffisance de lait « secondaire » ;
- La crainte ou la perception erronée d'une insuffisance des apports lactés.

1.2.2 L'insuffisance de lait primaire

Une production adéquate de lait nécessite une glande mammaire en quantité suffisante, des niveaux hormonaux normaux et des tétées régulières et efficaces. L'insuffisance de lait liée à une incapacité pathophysiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait est rare et concerne probablement moins de 5 % des mères :

- hypoplasie du sein, seins asymétriques, de forme tubulaire avec manque de tissu glandulaire suffisant (38) (39)
- chirurgie mammaire : mammoplasties d'augmentation ou réduction (40), d'autant plus s'il existe une incision péri-aréolaire
- problèmes endocriniens : surpoids/l'obésité et le diabète (41) qui retardent la lactogénèse II, hypothyroïdie, syndrome des ovaires polykystiques (42) rétentions placentaires (réversible, la lactation se met en route après ablation des fragments placentaires), le syndrome de Sheehan à l'origine d'un panhypopituitarisme de degré variable (exceptionnel dans les pays développés, c'est la première cause de manque de lait dans les pays en développement) (43), déficits isolés en prolactine, une nouvelle grossesse
- utilisation de certains médicaments tels la pseudoéphédrine (Sudafed) (44) ou les dérivés de l'ergot de seigle, les contraceptifs oraux (45)
- hémorragie maternelle du post-partum (21), anémie (47)
- tabagisme maternel (48)
- stress : il peut supprimer la lactation en inhibant directement la sécrétion de prolactine et d'ocytocine et indirectement en agissant sur le système nerveux central et le système nerveux sympathique.

1.2.3 L'insuffisance de lait secondaire

Dans la majorité des cas il s'agit d'une insuffisance de lait secondaire à une conduite inappropriée de l'allaitement (49), (suite à une fréquence ou à une durée des tétées inadéquates, ou à l'introduction de compléments, par exemple), à une inefficacité de transfert de lait par l'enfant (position du bébé incorrecte, problème de succion (50), demande insuffisante de la part de l'enfant, confusion sein-tétine) ou au manque d'information (51). Une réelle insuffisance de lait est donc le plus souvent un phénomène transitoire lié à un problème d'allaitement, susceptible d'être corrigé par l'optimisation de la pratique de l'allaitement associée à des encouragements et du soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses capacités à satisfaire les besoins de son bébé (2).

Les mécanismes de production de lait et leur régulation

La connaissance de la physiologie de la lactation et de la régulation de la production de lait permet de comprendre comment des pratiques d'allaitement inappropriées peuvent interférer avec le bon fonctionnement de la lactation et expliquer la majorité des échecs d'allaitement par insuffisance de lait. Elle contribue également à améliorer l'accompagnement par les professionnels de santé des mères allaitantes vers la réussite de leur projet, en reconsidérant leurs conseils relatifs à la pratique d'allaitement (37).

Le lait est fabriqué continuellement par les cellules de l'épithélium mammaire, il est sécrété dans les alvéoles, où il est stocké jusqu'à ce qu'il soit expulsé dans les canaux galactophores et vers le mamelon au cours de l'éjection.

Le contrôle de la synthèse, de la sécrétion et de l'éjection du lait est complexe et

multifactoriel. Il implique 2 niveaux de régulation, le premier est central, endocrine, l'autre est local, autocrine.

Le contrôle endocrine s'exerce essentiellement par l'intermédiaire de la prolactine pour la sécrétion, et de l'ocytocine pour l'éjection.

La **prolactine** est sécrétée par l'antéhypophyse et stimule la synthèse de lait. La succion de l'enfant entraîne une stimulation des récepteurs sensitifs de l'aréole, qui envoient une information au niveau de l'hypothalamus avec déclenchement des pics de prolactine qui s'ajoutent au taux sérique de base très élevé à l'accouchement.

L'**ocytocine** est une hormone psychosomatique sécrétée par l'hypophyse postérieure et permet l'éjection du lait. En effet, le lait a tendance à adhérer aux membranes plasmiques et il y a des forces de tension superficielle qui s'opposent à son écoulement dans les plus petits canaux galactophores. L'ocytocine déclenche le réflexe d'éjection, en agissant sur les récepteurs des cellules myoépithéliales dont elle provoque la contraction : le lait est propulsé des alvéoles vers les canaux lactifères d'où il peut être extrait.

Le contrôle autocrine de la production de lait est un mécanisme intrinsèque à la glande mammaire, à type de rétrocontrôle négatif, qui inhibe la synthèse lactée tant qu'il reste un important volume de lait résiduel dans les seins (17). Ce mécanisme régule la production de lait de manière indépendante pour chaque sein. Ce contrôle autocrine implique donc que :

- La production de lait peut s'ajuster aux importantes variations de consommation de lait observée d'un enfant à l'autre, et chez un même enfant d'un jour et d'une tétée à l'autre. Ceci dans le but de répondre aux besoins à priori imprévisibles de l'enfant, tout

en évitant des dépenses énergétiques inutiles pour la mère.

– **Tous les facteurs qui limitent l'extraction et la demande de lait** (mauvaise position du bébé, mauvaise prise du sein, tétée inefficace, limitation du nombre, de la fréquence et de la durée des tétées, imposition d'un seul sein par tétée, introduction de biberons de compléments, de la tétine, bébé hypotonique, frein de langue, douleur, etc.) **entraînent une baisse de production de lait mais celle-ci est la conséquence d'un transfert inefficace et/ou insuffisant du lait à l'enfant.**

– Un engorgement sévère peut entraîner rapidement une baisse de la production de lait

– La production de lait peut augmenter grâce à l'efficacité et à la fréquence des tétées.

Ainsi, toutes les difficultés d'allaitement peuvent se compliquer d'une insuffisance « secondaire » de lait. Inversement, une mère peut augmenter sa production lactée en améliorant l'efficacité de l'extraction du lait et en augmentant le nombre et la durée des tétées. Le volume de lait produit est donc le reflet de la consommation de lait par l'enfant, et régulé sur le principe de l'offre et de la demande (6), (52), (53), (54).

Introduction de compléments de lait artificiel et insuffisance de lait

C'est à la fois une cause d'insuffisance de production lactée et une conséquence d'un sentiment de défaut de production lactée. Le recours aux compléments est associé à une durée d'allaitement plus courte (17), (55).

L'hypogalactie est souvent citée comme étant la difficulté en cause aboutissant à l'introduction de compléments. Les mères qui décrivent une production de lait insuffisante le font souvent parce que leur enfant n'est pas satisfait après les tétées et en conséquence, proposent un biberon de lait de substitution comme complément après la

tétée (56). Cette pratique a pour conséquence de diminuer la production de lait et pour résultat un réel problème de production de lait. En effet, elle entraîne une mauvaise stimulation de la lactation maternelle : les compléments ou les substitutions au biberon entravent l'accomplissement physiologique de l'allaitement en étant à l'origine d'une sous-stimulation mammaire et donc d'une inadéquation entre la demande du bébé et la production lactée. En rassasiant l'enfant, les compléments diminuent la fréquence des tétées et les temps de succion et donc, en diminuant les afférences hypophysaires, diminuent les sécrétions hormonales et mettent en péril la sécrétion de lait. **Un cercle vicieux négatif s'installe : moins le bébé tète moins il y a de lait...** et on aboutit à un sevrage. Il y a aussi le risque de préférence sein-tétine qui peut amplifier ce phénomène.

Rôle des tétines dans l'insuffisance de lait

L'emploi d'une tétine, tel qu'il est déconseillé dans les « dix conditions pour le succès de l'AM » est négativement associé à la durée d'allaitement au sein (55), (17). L'utilisation précoce de tétines serait à l'origine d'une possible confusion « sein-tétine » et de tétées moins fréquentes et plus courtes qui s'accompagneraient de problèmes d'allaitement plus fréquents et d'une diminution de la production de lait (8).

Cas particuliers

Les situations où la mère doit mettre en route la lactation en l'absence de l'enfant telles que la prématurité peuvent multiplier par 2,8 le risque d'insuffisance de lactation chez la mère (57), (58). D'autres facteurs contribuant à l'insuffisance de production de lait incluent des états de l'enfant et des maladies qui empêchent l'allaitement directement au sein, les situations de tirage prolongé telles qu'une hospitalisation du bébé ou une mère

qui retourne au travail, l'utilisation d'un tire-lait de mauvaise qualité ou une tétérelle de taille inadaptée, des tirages pas assez nombreux, l'exposition à des stress aigus ou de longue durée (59), un travail et un accouchement stressants (60).

1.2.4 La perception d'insuffisance de lait

Ce sont tous les cas, impossibles à chiffrer, où la mère et/ou son entourage croient à tort à une insuffisance de la lactation, et notamment :

Dès les premières 48h

Dans les premières 48 heures suivant la naissance, les praticiens et les mères sont souvent ignorants des quantités disponibles de colostrum ainsi que de la toute petite capacité de l'estomac du bébé. Des tentatives pour exprimer le lait des seins, à ce moment-là, ne donnent que quelques gouttes de colostrum, ce qui renforce encore l'apparence d'insuffisance de lait. La quantité de lait consommée est très faible au démarrage, elle est en moyenne par tétée de 7,5 ml pendant les 24 premières heures et de 38 ml au 3^e jour de vie. Pendant cette période, les nouveau-nés ont davantage besoin d'une protection immunitaire que d'un apport nutritionnel (54), (61).

Des seins souples et moins volumineux

Parfois, les femmes peuvent interpréter comme une baisse de lactation le fait que leurs seins redeviennent souples et moins volumineux, et ne coulent plus entre les tétées, une fois l'allaitement bien établi. Ce qui est au contraire un bon signe d'adaptation et un gain de confort, et non pas une baisse de lait (7).

La méconnaissance du comportement « normal » d'un bébé nourri au sein

« Le comportement «normal » d'un bébé au sein étant assez mal connu, le besoin de téter fréquemment, ou les tétées en grappe de fin de journée sont souvent interprétés comme étant un problème et en particulier un problème d'insuffisance de lait. Une agitation importante chez le bébé, des crises de pleurs plus fréquentes et prolongées sont une source d'angoisse importante pour la plupart des parents.

Des attentes souvent irréalistes, notamment en termes de nombre de tétées ou de sommeil de nuit, peuvent être à l'origine de la perception d'une insuffisance de lait » (8).

Les bébés qui "réclament" beaucoup, voudraient être toujours au sein, dorment peu

Le comportement de ces enfants a tendance à être interprété comme une réaction à une insuffisance de lait, ce qui peut être le cas, mais aussi un bébé avec un reflux, des coliques, ou un bébé "aux besoins intenses" ou encore un bébé qui a un besoin de succion particulièrement développé.

Le manque de confiance en soi des mères en leur capacité à nourrir leur enfant

Le manque de confiance dans la capacité des mères et de leur entourage tant familial que professionnel à nourrir leur bébé en les allaitant de façon exclusive participent également à la perception d'une insuffisance de lait (8).

Les facteurs culturels, sociaux et les fausses croyances de lait « pas bon », « pas assez

nourrissant », « tourné », le « lait qui se tari » participent à cet imaginaire collectif autour du manque de lait, de doute sur la qualité de celui-ci et de la confiance des mères à nourrir leur enfant.

« Dans une culture où le poids des règles imposées par l'alimentation artificielle est si

fort, où le besoin de définir des normes est si grand et où la quête de performance, reflétée chez un nourrisson par son aptitude à rester seul et à « faire ses nuits » précocement est aussi obsédante, un besoin élevé de tétées du fait et de la physiologie de la lactation et des besoins pas uniquement nutritionnels des nourrissons, a de fortes chances de se solder par un arrêt précoce de l'allaitement. Notre environnement socioculturel ne favorise pas la proximité mère/bébé et c'est pourtant le corollaire indispensable à la pratique d'un allaitement réellement à la demande. » (8), (7), (24).

Les périodes de poussées de développement de l'enfant

Selon Hillervik-Lindquist et al., les mères associent la perception d'une insuffisance de lait à une sensation de seins mous ou vides et à un réflexe d'éjection diminué ou absent ; un nourrisson en bonne santé et dont la croissance est satisfaisante mais qui semble tout le temps affamé et pleure sans raison. Ces périodes de sensation de manque de lait sont décrites dans la littérature anglo-saxonne sous le terme de «transient lactational crisis ». L'usage dans les pays francophones est de les désigner sous le terme de « poussées de croissance » (62), (35).

Les mesures faites, quant à la quantité prise par l'enfant et à sa prise de poids durant ces périodes où les mères ont de telles perceptions, révèlent que ces deux paramètres se situent dans des variations normales pour ce qui est de l'appétit de l'enfant et de son comportement (62), (35).

Il s'agit en fait plus probablement de « poussées de développement » pendant lesquelles l'enfant a besoin de plus de réconfort et de sécurité et donc de proximité physique.

Verronen (18) dans une étude prospective d'un groupe de 150 mères a observé la

survenue d'une ou de plusieurs « poussées de croissance » chez 36% des couples mère bébé, qui se produisaient durant les 3 premiers mois de l'allaitement dans 75% des cas. Les périodes duraient moins de 4 jours dans 61% des cas et étaient surmontées avec succès pour toutes les mères essentiellement en proposant le sein plus souvent (62% des cas). Hillervik-Lindquist (62) qui a suivi prospectivement 51 couples mère-bébé de J3 à 18 mois retrouvait ces périodes de perception d'insuffisance de lait chez plus de la moitié des mères (54,9%), survenant dans 52,3% des cas au cours des trois premiers mois avec dans 60% des cas un seul épisode et deux épisodes ou plus dans 40% des cas. Dans la mesure où il n'y avait pas de différence significative dans les volumes de lait consommé par les enfants pendant les périodes de crises comparativement à ceux mesurés une semaine après, les auteurs concluaient qu'il s'agit bien de la perception d'une insuffisance de lait et non d'une insuffisance de lait réelle ce qui ne justifie ni l'apport de compléments ni l'arrêt de l'allaitement mais des encouragements et du soutien. McCarter-Spaulding (31) dans une étude de 60 mères retrouvait une corrélation significative ($p < 0.01$) entre les scores de confiance en soi et de compétence dans les soins à son enfant et la survenue d'épisodes de perception d'insuffisance de lait. C'est pourquoi le Dr Gisèle Gremmo-Feger parle de "l'insuffisance de lait comme d'un mythe culturellement construit", et que le rapport de l'ANAES de 2002 insistent sur le fait que *les mères qui allaitent doivent être prévenues de l'éventualité d'être confrontées à des périodes difficiles où elles auront l'impression de manquer de lait et douteront de leurs capacités à satisfaire les besoins de leur bébé (7), (8).*

1.3 Contexte au CHU Estaing, en Auvergne et justification de l'étude

Le CHU Estaing de Clermont-Ferrand, seul établissement de niveau 3 de la région Auvergne, a comptabilisé 3894 naissances en 2014 (+4,76 %) pour 3794 accouchements, dont 17,8 % par césarienne et 91,7 % de péridurales. En 2014, au CHU, 46,3 % des femmes qui ont accouché étaient primipares.

Parmi les accouchées du CHU Estaing, en 2014, selon les données d'une requête ICOS, 62,5% ressortiraient de la maternité en allaitant leur enfant (dont 52,8 % de manière exclusive et 9,7 % de façon mixte).

Ces données paraissent basses au regard des réalités de terrain et des données régionales, qui évaluaient selon les enquêtes périnatales 1998, 2003 et 2010, pour l'Auvergne un taux d'allaitement de 42,2 % en 1998, un taux de 51,1 % en 2003, et pour la région centre-Est regroupant Auvergne et Rhône-Alpes, un taux d'allaitement à 74,5% en 2010 (63), (64).

Dans son mémoire, Mathilde Tieronnier montrait également un taux d'AM moyen de 63 % pour les maternités de l'Hôtel Dieu et de la Polyclinique de Clermont-Ferrand en 2008 (21). Les données issues d'ICOS pourraient peut-être sous-évaluer le réel taux d'AM en raison d'un probable mauvais remplissage des dossiers informatiques.

Nous ne disposons que de peu de données locales ou régionales sur les durées d'allaitement et les motifs d'arrêt.

Les femmes qui accouchent au CHU peuvent trouver des informations sur l'allaitement

lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dispensés en ville ou au CHU, ou au CHU lors d'une séance spécifique sur l'allaitement dispensée par une sage-femme consultante en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant). Le guide de l'allaitement de l'INPES est également distribué, en consultation, en PNP ou en suites de couches (27). Au CHU, outre l'accompagnement à la mise en route de l'allaitement réalisé lors du séjour en suites de couches, l'allaitement est évoqué lors d'une réunion proposée à tous les parents 3 fois par semaine sur le thème du retour à domicile (lundi, mercredi, vendredi).

Les études nationales mentionnent cependant la sensation de manque de lait comme principale cause d'arrêt de l'allaitement (38% des cas). Les études récentes montrent que cette insuffisance de lait est très généralement secondaire à une mauvaise conduite de l'allaitement ou à une « poussée de développement » de l'enfant. La HAS recommande d'informer toutes les femmes qui allaitent leur enfant de l'éventualité de la « perception d'une insuffisance de lait, le plus souvent infondée » au cours de leur allaitement.

Mais qu'en est-il en 2014, à Clermont-Ferrand ? Quelle est la prévalence de la survenue de périodes de « manque de lait » et quelles conséquences ont-elles sur la poursuite de l'allaitement ?

Les mères qui allaitent se sentent-elles suffisamment prévenues de l'éventualité d'être confrontées à des périodes difficiles où elles auront l'impression de manquer de lait et douteront de leurs capacités à satisfaire les besoins de leur bébé ? Comment y font-elles face ?

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude à visée étiologique, observationnelle, transversale.

2.2 Population de l'étude et recrutement des patientes

2.2.1 Population cible et population source

La population cible de l'étude est constituée de femmes primipares pratiquant un AM, après avoir accouché d'un nourrisson singleton eutrophe à terme.

La population source (l'échantillon) se compose de femmes primipares, pratiquant un AM, après avoir accouché d'un nourrisson singleton eutrophe à terme, hospitalisées en suites de couches à la maternité du CHU d'Estaing à Clermont-Ferrand entre le 24 mars et le 27 mai 2014 (n=100 au minimum).

2.2.2 Critères d'inclusion et critères d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Femmes hospitalisées en suites de couches à la maternité d'Estaing entre le 24 mars et le 27 mai 2014
- primipares
- Allaitement maternel
- eutrophes > 37 SA

Critères d'exclusion :

- <18ans
- naissances multiples
- femmes ne lisant pas le français
- femmes sans accès internet ou sans adresse mail ou avec adresse mail invalide
- femmes dont les nouveaux-né présentent une pathologie compliquant l'AM (notamment hospitalisation en néonatalogie ou réanimation)

2.2.3 Recrutement des patientes

Je me suis rendue au CHU Estaing de Clermont-Ferrand, dans les services de suites de couches des maternités A, B, C et D, deux à trois fois par semaine, entre le 24 mars et le 27 mai 2014, afin de proposer aux femmes correspondant aux critères d'inclusion de participer à l'étude. Les femmes susceptibles d'être incluse dans l'étude étaient identifiées grâce aux relèves des sages-femmes des services. Les femmes, hospitalisées entre J1 et J5 du post-partum étaient ensuite informées oralement des modalités et de l'intérêt de cette étude « portant sur leur allaitement », sans spécification du sujet sur l'insuffisance de lait, afin de ne pas créer de biais. Si elles acceptaient le principe d'être recontactées 2 mois après leur accouchement pour remplir un questionnaire en ligne, une lettre d'information et un formulaire de consentement leur était remis. Seulement 3 refus pour cause de non possession d'une adresse de messagerie électronique ont été essuyés. Ainsi 132 patientes correspondant aux critères d'inclusion ont été recrutées. Les formulaires de consentement, numérotés, contenaient les coordonnées mail des patientes et leur date d'accouchement, afin de les recontacter 60 jours plus tard.

2.3 Recueil des données

2.3.1 Variables recueillies

Les données ont été recueillies grâce à un auto-questionnaire anonyme en ligne réalisé grâce à Google drive. Ce questionnaire comprenait 58 questions divisées en 5 parties : 1/ Mieux vous connaître ; 2/ Votre bébé ; 3/ Votre projet d'allaitement initial ; 4/ Le déroulement de votre allaitement ; 5/ L'impression de manquer de lait ou d'une baisse de la lactation.

Dans la première partie, afin de caractériser l'échantillon, les variables recueillies étaient l'âge, la taille et le poids des patientes avant grossesse, leur statut tabagique, la date et le mode d'accouchement (voie basse spontanée, instrumentale ou césarienne), leur état de santé (consultation d'un médecin depuis l'accouchement, motif, thérapeutiques actuelles), le statut vis à vis d'une reprise d'activité professionnelle, et leur niveau de précarité (ou non) dans l'accès aux soins en santé grâce au calcul du score EPICES¹ (11 questions) cf. Annexe II, (65).

Dans une deuxième partie, étaient recueillies les informations sur le sexe du bébé, son poids, la pratique du peau à peau et l'existence d'une tétée dès la salle de naissance (ou de réveil), la prise de compléments de lait artificiel en maternité et sous quelle(s) forme(s), la possession d'une tétine, les problèmes de santé éventuels intercurrents et la prise de poids au cours des deux premiers mois.

Dans la troisième partie, sur le projet d'allaitement initial, les femmes étaient interrogées sur le moment de prise de décision d'allaiter, la durée d'allaitement souhaitée au moment de l'accouchement, la participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, en particulier sur l'allaitement, la motivation à allaiter en sortie de maternité, le positionnement du conjoint par rapport à l'allaitement de sa femme.

Dans une quatrième partie sur le déroulement de l'allaitement, les variables recueillies ont été le niveau de confiance en elles des mères à pouvoir nourrir leur enfant, leur niveau d'anxiété, l'apparition de crevasses, engorgement, mastites, ou autres désagréments liés à l'allaitement, la conduite de l'allaitement (à la demande/heures fixes, le

1 EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé : indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multi-dimensionnel de la précarité.

comportement du bébé), l'existence de tétées nocturnes, le statut de l'allaitement 2 mois après la naissance du bébé (exclusif, mixte ou arrêt de l'allaitement).

Dans une dernière partie, les femmes étaient interrogées sur leur niveau d'information sur la possibilité de survenue de périodes transitoires de baisse de lactation, sur le moment de cette information (pendant grossesse, séjour en maternité, retour à domicile) et par quelles sources (professionnels de santé, internet, livres, associations, famille/amis...).

Elles étaient ensuite interrogées sur leur(s) perception(s) d'avoir manqué de lait au cours de leurs 2 premiers mois d'allaitement : ont-elles eu l'impression de manquer de lait ? Si oui : à quelle fréquence, pour quelle durée, à quels moments, quelle intensité, la caractérisation de ces périodes (prise/perte de poids du bébé, fréquence des selles, comportement du bébé : pleurs, demande de contact, caractérisation des tétées, sensation de seins « mous et vides », fatigue...), la réaction des mères face à ces périodes (biberon de lait artificiel, mise au sein plus régulière, 2 seins donnés à chaque tétée, pratique du peau à peau, utilisation d'un tire-lait, de tisanes d'allaitement, de repos, boisson abondante, médicaments pour augmenter la lactation...). Ces périodes ont-elles conduit les femmes à consulter un professionnel de santé, et si oui, lequel (médecin généraliste, sage femme libérale, de PMI, infirmière puéricultrice de PMI, gynécologue, autre) ou à se renseigner, et auprès de qui (famille/amis, internet : forum/sites spécialisés, livres, guide de l'INPES, associations de soutien à l'allaitement, autre).

Les femmes étaient enfin interrogées sur les conséquences de ces périodes de perception de manque de lait sur la poursuite de leur allaitement (arrêt de l'allaitement, démarrage

d'un allaitement mixte, poursuite d'un allaitement exclusif).

A la fin du questionnaire, les femmes avaient la possibilité de rajouter un commentaire libre. Les réponses qualitatives ont peu été exploitées. Elles sont retranscrites en Annexe V (cf. questionnaire en Annexe IV).

2.3.2 Critères de jugement et objectifs

Le critère de jugement principal est le taux de femmes ayant eu, au cours de leurs 2 premiers mois d'allaitement, des périodes où elles ont eu la sensation de manquer de lait.

Le critère de jugement secondaire est le taux de femmes ayant arrêté l'allaitement exclusif suite à une sensation de manque de lait.

Le critère de jugement tertiaire est multicritère : ce sont la caractérisation de ces périodes, les modifications dans la conduite de l'allaitement et les stratégies mises en place face à ces périodes de sensation de manque de lait (augmentation/réduction du nombre de tétées, introduction de biberons de complément, recherche d'aide, etc)

Le critère de jugement quatrième répond à l'objectif d'« identifier les facteurs favorisant la sensation de manque de lait en cours d'allaitement ».

2.3.3 Modalités de recueil

Cet auto-questionnaire a été envoyé par mail à J60 du post-partum, avec 2 relances (à J65 et à J70) aux 132 patientes recrutées 2 mois plus tôt. Les Mailings ont été envoyés automatiquement, en copie cachée invisible (« cci ») grâce au module de messagerie « Boomerang ». La dernière réponse a été obtenue le 13/08/2014.

5 adresses mails défectueuses ne sont pas arrivées à leur destinataire : les questionnaires ont donc été envoyés à 127 adresses mail valides, et 103 réponses au questionnaire ont

été obtenues, soit un taux de réponse de 80,31 %. Par ailleurs, suite à l'envoi du questionnaire, 23 personnes m'ont recontactée par mail car elles souhaitaient avoir accès aux résultats de l'étude finale.

2.4 Saisie, informatisation et codage des données

Les données issues des questionnaires remplis en ligne ont été rassemblées automatiquement dans un fichier de données de type classeur Excel, grâce aux fonctionnalités de Google Drive. Les données ainsi recueillies sont totalement anonymes. Les données ont ensuite été codées semi-automatiquement afin de pouvoir réaliser l'analyse et des tests statistiques. L'absence de doublons a été vérifiée.

2.5 Analyse statistique des données

L'analyse statistique des données a été réalisée en partenariat avec un biostatisticien de la « Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation » (DRCI) du CHU de Clermont-Ferrand, entre septembre et décembre 2014.

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables qualitatives et catégorielles et par des moyennes écart-type associé pour les variables quantitatives.

La comparaison entre deux paramètres qualitatifs a été réalisée via le test du Chi2 ou le test exact de Fisher le cas échéant.

La normalité des variables quantitatives a été vérifiée par le test de Shapiro-Wilk ; les données quantitatives ont été comparées entre groupes par le test de Student ou par le test de Kruskal-Wallis si conditions de Student non respectées.

Toutes les analyses ont été réalisées en formulation pour un risque de 1ère espèce bilatéral de 5% sous STATA V12 (Stata Corp, College Station, Texas, USA).

2.6 Budget et Aspects éthiques et réglementaires

Aucun budget n'a été alloué à cette étude.

Une lettre d'information accompagnait le formulaire de consentement. Ce dernier contient les coordonnées des patientes (mail notamment) et leur date d'accouchement. Elles ont un droit d'accès et de rectification des données les concernant. Un fichier de données avec les adresses mail et les dates d'accouchement est stocké sur mon ordinateur, en un seul exemplaire et protégé par un mot de passe. Il sera détruit après la soutenance du mémoire. Les formulaires de consentement papiers sont quant à eux stockés dans un dossier et une maison fermée à clé.

3 RÉSULTATS

3.1 Taux et délai de réponse

Le taux de réponse a été de 80,3% (n=103). Les femmes ont répondu au questionnaire en moyenne 69 jours (+/-13,7) (soit 2 mois et 9 jours) après leur accouchement.

3.2 Caractéristiques de la population

3.2.1 Les mères

Les principales caractéristiques de l'échantillon des 103 femmes primipares ayant répondu au questionnaire sont présentées dans le tableau 2.

Tableau 2: Caractéristiques des mères. Étude sur l'insuffisance de lait. CHU Estaing, Clermont-ferrand. Juin 2015

CARACTERISTIQUES des mères (N=103)	n	%	Moyenne (écart-type)	Médiane (p25-p75)	Mini- Maxi
Âge (années)			29,2 (+/- 4,8)	28,5 [26 – 32]	min=18 max=43
IMC (kg/m ²) avant grossesse			23,3 (+/- 4,3)		
< 18,5	7	7,0%			
18,5 – 25	68	68,0%			
25 – 30	14	14,0%			
> 30	11	11,0%			
Tabac (à deux mois du post-partum)	14	13,9%			
Précarité					
Précaires (score EPICES > 30)	16	15,5%			
Voie d'accouchement					
Voie basse spontanée	72	69,9%			
Voie basse instrumentale	17	16,5%			
Césarienne	14	13,6%			
Consultation médicale (SF ou médecin) depuis l'accouchement	18	17,8%			
- dont consultation pour un problème lié à l'allaitement : lymphangite, erysipèle sein, candidose mammaire, pbm d'allaitement et pleurs du bébé, éruption cutanée seins	5	4,9%			
- autres raisons invoquées spontanément : vésicule, infection, épisiotomie, hémorroïdes, dorsalgies, mycoses, fissures annales, moral en baisse, HTA	13				
Traitement médicamenteux (à deux mois du post-partum)	16	15,8%			
dont Levothyrox	5	4,9%			
dont Pilule contraceptive	4	3,9%			
Reprise d'une activité professionnelle (à deux mois du post-partum)	6	5,8%			

3.2.2 Les nouveaux-nés

Les principales caractéristiques des nouveaux-nés sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Caractéristiques des nouveaux-nés. Étude sur l'insuffisance de lait. CHU Estaing, Clermont-ferrand. Juin 2015

CARACTERISTIQUES des nouveaux-nés (N=103)	n	%	Moyenne (écart-type)	Médiane [p25-p75]	Minimum Maximum
Poids de naissance			3236 g (+/- 477,29)	3245 [2930 - 3520]	min=2355g ; max=5500g
Sexe					
filles	49	47,6%			
garçon	54	52,4 %			
Peau à peau en salle de naissance	83	80,6%			
Tétée en salle de naissance	61	59,2%			
Complément de lait artificiel en maternité	76	73,8%			
si oui, Au biberon	31	40,8%			
A la seringue	57	75,0%			
Au DAL	9	11,8%			
Tétine au 2ème mois	75	72,8%			
<u>(si oui à quel âge)</u>					
dès la maternité	29	38,7%			
au cours du 1er mois	36	48,0%			
au cours du 2ème mois	10	13,3%			
Problème de santé depuis sa naissance	26	25,2%			
reflux Gastro-œsophagien	3				
dysplasie hanches	3				
muguet	3				
coliques	4				
hospitalisation (infection urinaire, hernie inguinale, spasme du sanglot)	3				
Autre : anus antéposé, thrombopénie, pbm dermatologiques x2, pyélonéphrite, conjonctivite x2, hernie ombilicale, pharyngite, hernie de l'ovaire, pas de prise de poids, Hypotonie consécutive a un apport en lait maternel insuffisant	12				
Evolution du poids le 1^{er} mois					
prise de poids normale	95	92,3%			
prise de poids insuffisante	2	1,9%			
même poids qu'à la naissance	6	5,8%			
perte de poids	0	0,0%			
Evolution du poids le 2^{ème} mois					
prise de poids normale	95	96,0%			
prise de poids insuffisante	3	3,0%			
même poids qu'au 1er mois	1	1,0%			
perte de poids	0	0,0%			

3.2.3 Le projet d'allaitement initial

Les principales caractéristiques du projet d'allaitement des 103 femmes primipares ayant répondu au questionnaire sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4: Projet d'allaitement et préparation à l'allaitement. Étude sur l'insuffisance de lait. CHU Estaing, Clermont-ferrand. Juin 2015

LE PROJET D'ALLAITEMENT INITIAL (N=103)	n	%	Moyenne (écart-type)	Médiane [p25-p75]	Minimum Maximum
Moment de prise de décision d'allaiter					
Avant la grossesse	69	67,0%			
en début de grossesse	16	15,5%			
en milieu de grossesse	8	7,8%			
en fin de grossesse	6	5,8%			
au moment de l'accouchement	4	3,9%			
Durée d'allaitement souhaitée au moment de l'accouchement (en mois)			5,17 mois (+/- 4,32)	4 [3-6]	1 mois >24mois
Participation à des séances de PNP	80	80,0%			
Participation à une séance de PNP sur l'allaitement	67	65,1%			
Parlé d'allaitement pendant la grossesse avec un professionnel de santé	87	84,5%			
<u>(si oui quand ?)</u>					
Lors de la PNP	69	81,2%			
Lors d'une consultation	24	28,2%			
Lors d'une hospitalisation	5	5,9%			
<u>(si oui, avec qui ?)</u>					
médecin généraliste	9	8,7%			
Sage femme	84	81,6%			
Gynécologue-obstétricien	11	10,7%			
Infirmière puéricultrice	9	8,7%			
Motivation à allaiter					
Très peu motivée	4	3,9%			
Peu motivée	10	9,7%			
Motivée	35	34,0%			
Très motivée	54	52,4%			
Positionnement du conjoint / projet d'allaitement					
Très favorable	62	60,2%			
Favorable	31	30,1%			
Indifférent	9	8,7%			
Défavorable	0	0,0%			
Très défavorable	1	1,0%			

3.3 Le déroulement de l'allaitement

Tableau 5: Déroulement des 2 premiers mois d'allaitement. Étude sur l'insuffisance de lait. CHU Estaing, Clermont-ferrand. Juin 2015

DEROULEMENT DE L'ALLAITEMENT (N=103)	n	%
Niveau de confiance en la capacité des mères à nourrir leur enfant		
très peu confiante	7	6,8%
peu confiante	24	23,3%
confiante	58	56,3%
très confiante	14	13,6%
Niveau d'anxiété global		
pas du tout anxieuse	14	13,7%
pas très anxieuse	48	47,1%
anxieuse	32	31,4%
très anxieuse	8	7,8%
Crevasses	47	45,6%
(si oui quand ?)		
pendant le séjour en maternité	30	61,2%
pendant le 1 ^{er} mois	26	53,1%
pendant le 2 ^{ème} mois	4	8,2%
Engorgement	34	33,0%
(si oui quand ?)		
pendant le séjour en maternité	11	31,4%
pendant le 1 ^{er} mois	27	77,4%
pendant le 2 ^{ème} mois	9	25,7%
Mastite	4	3,9%
(si oui quand ?)		
pendant le séjour en maternité	0	0,0%
pendant le 1 ^{er} mois	4	100,0%
pendant le 2 ^{ème} mois	0	0,0%
Autres désagréments liés à l'allaitement	19	19,6%
manque de lait	4	
montée laiteuse tardive	1	
douleur	7	
abcès	1	
choc septique / eresypèle sein	1	
mauvaise succion	3	
autre : trop de lait, seins trop volumineux, phlyctènes mamelons, utilisation de bouts de seins car mamelons ombiliqués, difficultés à tirer le lait, vergetures, impatiences	5	
Mode d'allaitement		
à heures fixes	17	16,5%
à la demande	57	55,3%
aux signes d'éveil	29	28,2%
Demande du bébé (en fréquence des tétées)		
très peu fréquemment	1	1,0%
peu fréquemment	4	3,9%
normalement	55	53,4%
fréquemment	30	29,1%
très fréquemment	13	12,6%
Tétée nocturne à 2 mois		
oui	39	38,2%
parfois	23	22,6%
non	40	39,2%
Mode d'allaitement à 2 mois		
allaitement exclusif	41	40,2%
allaitement mixte : débuté en moy. à 34j (+/-25)	25	24,5%
arrêt de l'allaitement : en moy. à 28j (+/-21)	36	35,3%

3.4 La sensation de manque de lait

3.4.1 Une très forte prévalence

Les résultats de l'enquête indiquent une très forte prévalence du sentiment de périodes d'insuffisance de lait au cours des 2 premiers mois chez les primipares. En effet, **76,7 %** (n=79) des femmes ont déclaré avoir eu cette sensation d'insuffisance de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement avec une **intervalle de confiance à 95 % = [67,3 – 84,5]**.

3.4.2 D'importantes conséquences sur la poursuite de l'allaitement

Ces périodes d'insuffisance de lait ont d'importantes conséquences sur la poursuite de l'allaitement car, à l'issue de ces périodes, **seulement 43,6 % des mères poursuivent un allaitement exclusif**. C'est pour 47,4 % d'entre elles l'entrée dans un allaitement mixte et pour 9 % d'entre elles l'arrêt de l'AM.

Tableau 6: Conséquences de la perception d'insuffisance de lait sur la poursuite de l'allaitement. Étude sur l'insuffisance de lait. CHU Estaing, Clermont-ferrand 2015

Conséquences de la perception d'insuffisance de lait	n	%
sur la poursuite de l'allaitement		
arrêt de l'allaitement	7	9,0%
début d'un allaitement mixte	37	47,4%
poursuite d'un allaitement exclusif	34	43,6%

3.4.3 L'information reçue

Tableau 7: Information reçue sur le manque de lait. Étude sur l'insuffisance de lait. CHU Estaing, Clermont-ferrand. Juin 2015

INFORMATION sur le MANQUE DE LAIT (N=103)	n	%
Info sur le manque de lait	64	62,1%
<u>(si oui quand ?)</u>		
pendant la grossesse	30	48,4%
pendant le séjour en maternité	26	41,9%
pendant retour à domicile	25	40,3%
<u>(Si oui, par qui ?)</u>		
sage-femme	13	18,8%
auxiliaire de puériculture	17	24,6%
médecin généraliste	3	4,4%
gynécologue - obstétricien	1	1,5%
autre professionnel de santé	2	2,9%
association de soutien à l'allaitement	1	1,5%
internet	9	13,0%
livres/brochures	13	18,8%
famille/amis	13	18,8%

3.4.4 La caractérisation des périodes de sensation de manque de lait

Tableau 8: Caractérisation des périodes de sensation de manque de lait. Étude sur l'insuffisance de lait. CHU Estaing, Clermont-ferrand. Juin 2015

CARACTERISATION des PERIODES de SENSATION de MANQUE DE LAIT (N=79)	N	%
Combien de périodes de sensation de manque de lait		
1 fois	10	13,7%
2 fois	15	21,9%
3 fois	13	17,8%
4 fois	5	6,9%
5 fois ou plus	25	32,9%
tout le temps	5	6,6%
Durée de ces périodes		
<24h	28	36,8%
24-48h	16	21,1%
48-72h	23	30,3%
72-120h	2	2,6%
toute la durée de l'allaitement	6	7,9%
régulièrement le soir	1	1,3%
À quels moments ?		
en maternité	14	17,7%
à 10 jours	19	24,1%
3 semaines	28	35,4%
1 mois	23	29,1%
6 semaines	20	25,3%
2 mois	19	24,1%
Intensité ressentie de ces périodes		
peu marquées	9	11,8%
moyennement marquées	26	34,2%
marquées	29	38,2%
très marquées	12	15,8%
Caractérisation de ces périodes de sensation de manque de lait		
prise de poids insuffisante	12	15,2%
selles rares	7	8,9%
pleurs intenses	33	41,8%
besoin de contact, difficile à consoler	30	38,0%
réveils nocturnes	24	30,4%
demandes de tétées fréquentes	42	53,2%
tétées très longues	34	43,0%
seins « vides et mous »	46	58,2%
sensation d'être déprimée/découragée	37	46,4%
sensation d'être fatiguée	51	64,6%
Réactions des mères pendant ces périodes		
Donné un (des) biberon(s) de lait artificiel	41	51,9%
mis bébé au sein plus souvent	47	59,5%
donné les 2 seins à chaque tétée	53	67,1%
mis bébé au sein plus longtemps	32	40,5%
pris bébé peau à peau	13	16,5%
utilisé un tire-lait	36	45,6%
bu des tisanes d'allaitement	39	49,4%
pris du repos	16	20,3%
bu abondamment	37	46,8%
pris des médicaments pour augmenter la lactation (Dompéridone, Galactogyl, homéopathie...)	13	16,5%
Consultation auprès d'un professionnel de santé / manque de lait (Si, oui, lequel?)	20	26,6%
sage-femme	12	60,0%
médecin généraliste	2	10,0%
infirmière puéricultrice	7	35,0%
pédiatre	1	5,0%
gynécologue	0	0,0%
Autres sources d'information / manque de lait		
pas d'autres sources d'information	17	16,5%
famille/amis	39	37,9%
internet forums	20	19,4%
internet sites spécialisés	17	16,5%
brochure PNNS	15	14,6%
associations de soutien à l'allaitement	5	4,9%
livres	4	3,9%

3.4.5 Étude des liens entre la sensation d'insuffisance de lait et les autres variables

Les seuls liens clairement significatifs avec la sensation de manque de lait sont ceux

avec :

- la **tétine** ($p=0,05$)
- le **mode d'allaitement à 2 mois** ($p=0,03$) : parmi celles qui pratiquent un allaitement mixte, 96 % ont eu la sensation de manquer de lait en cours d'allaitement, alors qu'elles n'étaient que 68,29 % à avoir eu cette sensation parmi celles qui allaitent toujours exclusivement, et 75 % parmi celles qui ont arrêté l'allaitement .

Tendance entre sensation de manque de lait et :

- avec la **motivation du conjoint** ($p=0,14$) : sur les 10 cas de conjoints indifférents, défavorables ou très défavorables, leurs 10 compagnes ont eu la sensation de manquer de lait.
- avec le **niveau de confiance en soi sur sa capacité à nourrir son enfant** ($p=0,10$) : pas de différence (statistique) mais probablement manque de puissance (car malgré tout 15% d'écart)
- avec la **demande du bébé** ($p=0,20$) : 100 % des femmes qui estimaient que leur bébé demandait à téter peu ou très peu fréquemment ont eu l'impression de manquer de lait. Celles qui estimaient que leur bébé demandait à téter fréquemment ou très fréquemment ont été 81,4 % à avoir l'impression de manquer de lait. Celles qui estimaient que leur bébé demandait à téter avec une fréquence « normale » étaient 70,91 % à avoir l'impression de manquer de lait.
- **info manque de lait** (tendance inverse : les femmes qui ont été informée par un

professionnel de santé qu'elles pourraient avoir l'impression de manquer de lait en cours d'allaitement ont été 81,25 % à avoir eu l'impression de manquer de lait. Celles qui n'en avaient pas été informées ont eu l'impression de manquer de lait à 67,65%) ($p=0,13$)

Toutes les associations précédentes (les « tendances ») sont donc non significatives statistiquement, mais l'étude manque de puissance pour conclure avec certitude.

Pas de lien statistiquement significatif retrouvé entre sensation de manque de lait et : âge ($p=0,82$), ni IMC ($p=0,36$), ni tabac ($p=1$), ni mode d'accouchement ($p=0,51$), ni le fait d'avoir consulté pour un problème de santé depuis d'accouchement ($p=0,76$), ni de prendre un traitement médicamenteux ($p=0,76$), y compris lévothyrox ($p=1$), ni précarité ($p=0,76$), ni sexe du bébé ($p=0,49$), ni le fait d'avoir eu le bébé en peau à peau à la naissance ($p=1$), ni d'avoir effectué la première tétée en salle de naissance ($p=0,92$), ni donné un complément de lait artificiel en maternité ($p=0,71$), ni problème de santé du bébé ($p=0,57$), ni avec le moment de prise de décision d'allaiter ($p=0,11$), ni avec la durée d'allaitement souhaitée ($p=0,91$), ni le fait d'avoir participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ($p=0,77$) ou sur l'allaitement ($p=0,50$), consulté un professionnel ($p=0,86$), ni avec la motivation à allaiter ($p=0,45$), ni avec le niveau d'anxiété ($p=0,25$), ni avec le fait d'avoir eu des crevasses ($p=0,36$), engorgement ($p=0,88$), mastite ($p=0,24$), ni le mode d'allaitement ($p=0,5$), ni les tétées nocturnes ($p=0,37$)

3.4.6 Étude des liens entre le fait de donner un biberon de lait artificiel lors de sensation de manque de lait et les autres variables

Lien statistiquement significatif entre le fait de donner un biberon de lait artificiel lors de sensation de manque de lait et :

- **l'IMC** : les femmes ayant un $IMC > 25$ ($p=0,001$) ont eu tendance à donner plus facilement le biberon lors de périodes de sensation de manque de lait : quand l'IMC compris entre 25 et 30, elles étaient 66,7 % à donner un biberon, quand $IMC > 30$, 88,89 % donnaient le biberon. Alors que quand les $IMC < 18,5$, 20 % seulement donnaient un biberon, et quand IMC compris entre 18,5 et 25, elles étaient 44 % à donner un biberon lors des périodes de sensation de manque de lait.
- **la motivation à allaiter** ($p=0,05$) : plus les femmes étaient motivées à allaiter, moins elles ont donné de biberon de lait artificiel au moment des périodes de sensation de manque de lait
- **le niveau de confiance en soi et en sa capacité à nourrir son enfant** ($p=0,02$) : plus les femmes étaient confiantes, moins elles donnaient de biberon de lait artificiel pendant les périodes de sensation de manque de lait.
- **les tétées nocturnes** ($p=0,02$) : parmi les femmes dont les enfants tètent encore la nuit à 2 mois, elles ne sont que 29,63 % à avoir donné un biberon de lait artificiel, elles sont 55,56 % parmi celles dont le bébé tête parfois la nuit, et 66,67 % si leur bébé ne tête plus la nuit.
- **et la fréquence de ces périodes de sensation de manque de lait** ($p=0,01$), plus ces périodes ont été fréquentes, plus les femmes ont donné des biberons de lait artificiel
- **et la durée de ces périodes de sensation de manque de lait** ($p=0,02$) : plus la durée

est longue, plus les femmes ont eu tendance à donner des biberons de lait artificiel.

- et **l'intensité ressenties de ces périodes de manque de lait** ($p=0,03$) : plus l'intensité était ressentie forte, plus la tendance à donner un biberon de lait artificiel était importante.

- et **l'impression de manquer de lait dès le séjour en maternité** ($p=0,03$)

- **la courbe de croissance de l'enfant** ($p<0,001$). Parmi les femmes dont les enfants avaient perdu du poids ou n'avaient pas pris de poids pendant cette période, 100 % ont donné des biberons de lait artificiel. Parmi celles dont la courbe de poids du bébé n'a pas été affectée, 43,28 % ont donné des biberons de lait artificiel.

- **sur la poursuite de l'allaitement** ($p<0,001$) : parmi les femmes qui ont eu la sensation de manque de lait en cours d'allaitement et qui ont donné un biberon de lait artificiel, 7,5 % continuent d'allaiter exclusivement, 81,08 % ont démarré un allaitement mixte et 17,5 % ont arrêté l'allaitement.

- et **le mode d'allaitement à 2 mois** ($p<0,001$) : Parmi les femmes qui ont donné un biberon de lait artificiel, il y a 7,3% qui allaitent toujours exclusivement, 36.6% qui pratiquent un allaitement mixte et 56,1% qui ont arrêté. Parmi les femmes qui allaitent toujours, elles sont 10,7% à avoir donné un biberon de lait artificiel, parmi celles qui pratiquent un allaitement mixte, elles sont 62,50 % à avoir donné un biberon de lait artificiel, et parmi celles qui ont arrêté l'allaitement, elles sont 85,19 % à avoir donné un biberon de lait artificiel.

Tendance entre le fait de donner un biberon de lait artificiel lors de sensation de manque de lait et :

- **l'âge** : ($p=0,08$), il semblerait que celles qui donnent un biberon de lait artificiel soient en moyenne plus âgées
- **la voie d'accouchement** ($p=0,16$) si on regroupe césarienne et ventouse/forceps
- **le sexe de bébé** ($p=0,23$), les femmes étaient 58,14 % à donner un biberon de lait artificiel quand le bébé était un garçon alors qu'elles n'étaient que 44,44 % quand le bébé était une fille
- **le fait d'avoir tété en salle de naissance** ($p=0,12$) : les femmes étaient 62,50 % à donner un biberon quand il n'y avait pas eu de tétée en salle de naissance, alors qu'elle ont donné à seulement 44,68 % un biberon quand leur bébé avait tété en salle de naissance (17,8 % d'écart).
- **la tétine** ($p=0,07$) : elles étaient 33,33 % à donner un biberon de lait artificiel quand le bébé n'avait pas de tétine. Par contre elles étaient 57,38 % à en donner un quand le bébé avait une tétine (24 % d'écart)
- **la courbe de poids du bébé au 1^{er} mois** ($p=0,12$) : quand le bébé avait une courbe de poids normale à la visite du premier mois, les femmes étaient 49,33 % à donner un biberon de lait artificiel, alors que sur les 4 cas de courbe de poids insuffisante, 100 % ont donné un biberon de lait artificiel. (probable manque de puissance)
- **entre le fait d'avoir participé à des séances de PNP** ($p=0,11$), mais pas dans le sens attendu : celles qui ont participé à des séances de PNP étaient 56,45 % à donner un biberon de lait artificiel alors que celles qui n'avaient pas participé à des séances de PNP

étaient 33,33 % à en avoir donné (23,12 % d'écart)

- **entre le fait d'avoir eu d'autres désagréments liés à l'allaitement** ($p=0,10$) : 71,43 % des femmes qui disent avoir eu d'autres désagréments liés à l'allaitement ont donné des biberons de lait artificiels alors qu'elles n'étaient que 46,77 % quand elles ne décrivaient pas d'autres désagréments liés à l'allaitement (24,66 % d'écart).

- **avec la fréquence de demande de tétée du bébé** ($p=0,14$) : plus le bébé demande à téter fréquemment, plus la mère a tendance à lui donner un biberon de lait artificiel

pas de lien entre le fait de donner un biberon de lait artificiel lors de sensation de manque de lait et :

- le tabac ($p=1$), l'état de santé de la mère ($p=0,34$), le fait de prendre un traitement médicamenteux pour la mère ($p=0,76$), et plus particulièrement du Lévothyrox ($p=0,35$), le score de précarité selon EPICES ($p=0,45$), avec le poids de naissance ($p=0,73$), avec le fait d'avoir fait du peau à peau à la naissance ($p=0,78$), avec le fait d'avoir eu un complément de lait artificiel en maternité ($p=0,84$), un problème de santé du bébé ($p=0,58$), le moment de prise de décision d'allaiter ($p=0,72$), l'évolution du poids du bébé entre le premier et le deuxième mois ($p=0,60$), et la durée d'allaitement souhaitée ($p=0,63$), le fait d'avoir participé à une séance de PNP sur l'allaitement ($p=0,62$), d'avoir parlé d'allaitement en cours de grossesse avec un professionnel de santé ($p=1$), avec la motivation du conjoint ($p=0,77$), ni avec le niveau d'anxiété de la maman ($p=0,34$), ni avec le fait d'avoir eu des crevasses ($p=0,48$), un engorgement ($p=0,82$), une mastite ($p=1$), ni avec le mode d'allaitement (heures fixes, à la demande...) ($p=0,59$)

- une information préalable sur le manque de lait ($p=0,31$)
- entre les moments ressentis de manque de lait (à 10j, 3 semaines, 1 mois, 6 semaines, 2 mois) mais lien avec la sensation de manque dès la maternité
- avec le fait d'avoir consulté un médecin généraliste ($p=0,65$), une sage-femme ($p=0,36$), ou un autre professionnel de santé.

3.4.7 Étude des liens entre la poursuite de l'allaitement à 2 mois et les autres variables

Lien statistiquement significatif :

- et **le niveau de confiance en soi, en sa capacité à nourrir son enfant** ($p=0,007$) : plus le niveau de confiance en soi est élevé, plus les femmes allaitent toujours et de manière exclusive. Moins elles ont confiance, plus vite elles arrêtent l'allaitement
- et **le niveau d'anxiété** ($p=0,05$)

4 DISCUSSION

4.1 Limites, biais

Limites et biais

Notre étude présente un biais de recrutement, en éliminant les femmes n'ayant pas d'adresse mail ou ayant donné une adresse mail invalide, sans accès internet, ne parlant, n'écrivant ou ne lisant pas le français. Elle présente également un biais de recrutement car réalisée uniquement dans un établissement de niveau 3, en Auvergne.

Notre étude manque également de puissance, avec seulement 103 femmes ayant répondu au questionnaire par internet.

Par ailleurs, les réponses à la question « prenez-vous des médicaments actuellement ? » « si oui, lesquels ? » ont révélé un taux de prise de contraception orale très faible à 2 mois du post-partum (3,9%). Nous supposons que pour les femmes, la pilule n'est pas considérée comme un médicament et que les réponses sont sous-évaluées et ininterprétables. La question aurait dû être posée directement « prenez-vous une pilule contraceptive actuellement ? ».

4.2 Caractéristiques et représentativité de l'échantillon

Caractéristiques des mères : L'âge moyen de l'échantillon était de 29,2 (+/-4,8) ans pour des primipares qui allaitent. En 2010, en France métropolitaine, les femmes ont eu en moyenne leur premier enfant à 28 ans, alors que l'âge moyen des mères à l'accouchement était de 30,1 ans (63). Le fait que notre population soit en moyenne plus âgée que les primipares au niveau national pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes femmes

allaitent moins souvent (17).

Notre étude retrouvait 14 % de femmes en surpoids (au niveau national 17,3 % d'après l'enquête périnatale 2010, 18,1 % d'après l'enquête Epifane 2012-2013) et 11 % d'obèses (9,9 % d'après l'enquête périnatale 2010, 10,2 % d'après l'enquête Epifane 2012-2013) (63), (2). Par ailleurs, ces chiffres correspondent aux données de l'étude Obepi-Roche de 2012 pour les femmes de 25-34 ans (66).

Le taux de césarienne de 13,6 % est plus faible que celui du CHU Estaing (17,8%), lui-même plus faible que la moyenne nationale (21%) (63) et s'explique par le fait que l'échantillon choisi se compose de femmes primipares ayant accouché à terme de nourrissons en bonne santé. Dans cette population, le taux de césarienne est donc logiquement moins élevé (exclusion des césariennes itératives, des césariennes pour prématurité, ou au décours desquelles les nourrissons ont nécessité d'être transférés en unité spécialisée).

A deux mois du post-partum, les femmes de notre échantillon étaient 13,9 % à fumer alors que d'après l'enquête périnatale 2010, 17,1 % des femmes étaient fumeuses au troisième trimestre de grossesse (63). Ce taux plus bas que la moyenne nationale peut être expliqué par le fait que les femmes qui sont non-fumeuses allaitent plus souvent leur enfant : d'après l'enquête Epifane 2012-2013, les non fumeuses étaient 76,9 % à allaiter alors que les fumeuses n'étaient que 58,5 % à allaiter (2), (67).

Les femmes de notre échantillon étaient seulement 5,8 % à avoir repris une activité professionnelle à 2 mois du post-partum, ce qui est concordant avec la durée légale du congé maternité, de 10 semaines après l'accouchement pour un premier enfant.

Les femmes étaient précaires pour 15,5 % d'entre elles, selon le score EPICES. Ces données sont comparables aux données nationales de l'INSEE en 2012, qui évaluait à 14,3 % les femmes vivant en dessous du seuil de pauvreté (seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie) (68).

On peut donc conclure que l'échantillon de femmes primipares allaitant leur enfant en sortie de maternité (N=103) est représentatif de la population cible de l'étude.

Les nouveaux-nés, eutrophes, à terme, ont été **accueillis en peau à peau en salle de naissance à 80,6 %, ont réalisé leur première tétée en salle de naissance à 59,2 %** (60,7 % dans l'enquête périnatale 2010 (63)).

Fait étonnant, parmi ces nourrissons eutrophes à terme, ils ont été **73,8 % à avoir un complément de lait artificiel en maternité, dont 40,8 % via un biberon**. Ce qui va à l'encontre des conditions 6 et 9 des « dix conditions pour le succès de l'AM » énoncées par l'OMS et l'UNICEF en 1989 (69), (70), cf. Annexe III. Le Dr Gremmo-Feger dans son article « Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ? » affirme que la condition n° 6 « Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale » est une des conditions les plus difficiles à appliquer et à maintenir. Même si des compléments sont maintenant beaucoup moins souvent donnés de façon systématique en maternité, de nombreuses raisons sont encore invoquées pour en justifier l'usage : perte de poids jugée excessive, peur de l'hypoglycémie et de l'insuffisance d'apports, tétées considérées comme trop

espacées, fatigue maternelle et surtout difficultés à gérer les pleurs des bébés, les angoisses des mères, et ce en particulier la nuit (61). La formation des personnels de santé pour accompagner ces moments de pleurs du bébé, la fatigue maternelle ou l'impression d'une insuffisance d'apport malgré une perte de poids inférieure à 10 % paraît essentielle, afin d'avoir des outils pour répondre aux mères autrement que par l'usage d'un biberon de complément.

La prévalence de la **tétine** chez les nourrissons de 2 mois de notre échantillon était également très élevée : 72,8 %, dont 38,7 % dès la maternité. Or, l'usage de tétines, est corrélé à une diminution de la durée de l'allaitement, ainsi que de la durée et de la fréquence quotidienne des tétées, ce qui tend à diminuer la production de lait maternel (8). L'usage des tétines de façon systématique dès la maternité chez 38,7 % des bébés allaités à Clermont-Ferrand pose des questions culturelles, mais aussi d'information des mères et de formation des professionnels.

On note que **la prise de poids des nouveaux nés** au premier mois a été satisfaisante pour 92,3 % d'entre-eux. Cependant, 7,7 % des nourrissons ont eu une évolution pondérale insuffisante, avec notamment 5,8 % d'entre-eux faisant le même poids qu'à la naissance au premier mois. Ceci pourrait tendre à démontrer que 7,7 % des nourrissons ont eu un apport en lait maternel insuffisant avec un impact majeur sur leur prise de poids. Ces problèmes de mauvaise évolution pondérale au 1^{er} mois pourraient être dépistés plus précocement en mettant en œuvre une des propositions du rapport Turck

« proposer systématiquement une consultation d'allaitement entre J8 et J15 par un professionnel de santé formé et remboursé à 100 % par la sécurité sociale ».

En ce qui concerne la prise de poids durant le 2ème mois, la tendance est similaire, bien qu'atténuée : seuls 4 % des nourrissons n'ont pas pris de poids, ou en ont pris insuffisamment.

Le projet d'allaitement : 80 % des primipares interrogées ont participé à des séances de PNP (contre 73,2 % chez les primipares d'après l'enquête périnatale 2010 (63)). Plus particulièrement, 65,1 % ont suivi une séance de PNP dédiée à l'allaitement. L'interlocuteur privilégié pour parler d'allaitement pendant la grossesse est la sage-femme (81,6 % des cas), suivi du gynécologue-obstétricien (10,7%).

Une grande majorité des femmes (67 %) avait décidé d'allaiter avant la grossesse, ce qui pose bien l'allaitement comme un projet *a priori*. Les actions de promotion de l'allaitement devraient donc s'orienter également vers les femmes nullipares. Cependant, les séances de PNP sur l'allaitement sont très hétérogènes et les discours tenus durant ces séances sont à harmoniser.

86,4 % des femmes interrogées se sont dit « motivées » ou « très motivées » pour allaiter, avec un conjoint qui, dans 90,3 % des cas était favorable ou très favorable au projet d'allaitement de leur compagne.

Déroulement de l'allaitement :

On note que seulement 4,9 % des femmes ont consulté un professionnel de santé pour

un problème lié à l'allaitement. Ceci pose la question de la solitude et de l'isolement des femmes vis à vis de l'allaitement, et la non identification des professionnels de santé comme interlocuteurs.

Le niveau de confiance des mères en leur capacité à nourrir leur enfant est globalement plutôt faible : 30,1 % d'entre-elles se disent très peu ou peu confiantes, alors que seulement 13,6 % se disent très confiantes. 39,2 % des femmes se disent anxieuses ou très anxieuses depuis la naissance de leur enfant. Il existe donc un enjeu fort pour les professionnels de santé à renforcer la confiance des femmes sur leurs propres capacités à nourrir leur enfant, et à les accompagner afin de réduire leur niveau d'anxiété.

On note que près d'une femme sur deux (45,6 %) a souffert de crevasses pendant son allaitement, ce qui pose la question du soutien à l'allaitement pour prévenir ces désagréments par des conseils, l'observation des tétées dès l'initiation de l'allaitement et de la formation des professionnels sur la prise en bouche / la technique d'allaitement. 33 % des mères ont également souffert d'engorgement durant leur allaitement.

4.3 Réponse aux objectifs et comparaison des résultats à ceux de la bibliographie

4.3.1 Une très forte prévalence des femmes ayant le sentiment de périodes d'insuffisance de lait

Notre enquête indique une très forte prévalence du sentiment de périodes d'insuffisance de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement chez les primipares. En effet, 76,7 % (n=79) des femmes ont déclaré avoir eu cette sensation d'insuffisance de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement, lorsque la question leur est posée directement, avec un

intervalle de confiance à 95%= [67,3 – 84,5]. Il est surprenant de souligner que seulement 4,9 % des femmes citent spontanément le manque de lait ou le retard de montée laiteuse comme un problème d'allaitement. Nos données sont bien supérieures aux données de la littérature qui évaluent la sensation de manque de lait présente chez 35% à 44% des femmes (22), (37). Cependant, on l'a vu, de façon surprenante, très peu d'études se sont attachées à mesurer spécifiquement la prévalence d'une « sensation de manque de lait », chez les femmes allaitant leur enfant. Les données disponibles sont anciennes et non francophones, il faudrait mener d'autres études avec plus de puissance afin de comparer nos résultats et de pouvoir les généraliser.

4.3.2 D'importantes conséquences de la sensation de manque de lait sur la poursuite de l'allaitement et sur le mode d'allaitement à 2 mois

Quand au deuxième objectif de notre étude, ces périodes d'insuffisance de lait ont d'importantes conséquences sur la poursuite de l'allaitement car, à l'issue de ces périodes, **seulement 43,6 % des mères poursuivent un allaitement exclusif**. C'est pour 47,4 % d'entre elles l'entrée dans un allaitement mixte et pour 9 % d'entre elles l'arrêt de l'AM.

Lorsque l'on s'intéresse au **mode d'allaitement à 2 mois** ($p=0,03$) : parmi celles qui pratiquent un allaitement mixte, 96 % ont eu la sensation de manquer de lait en cours d'allaitement, alors qu'elles n'étaient que 68,29 % à avoir eu cette sensation parmi celles qui allaitent toujours exclusivement, et 75 % parmi celles qui ont arrêté l'allaitement.

L'introduction de biberons de complément lors des périodes de sensation de manque de lait n'est pas anodin :

- **sur la poursuite de l'allaitement** ($p<0,001$) : en effet parmi les femmes qui ont eu

la sensation de manquer de lait en cours d'allaitement et qui ont donné un biberon de lait artificiel, 7,5 % seulement continuent d'allaiter exclusivement à l'issue de cette période, 81,08 % ont démarré un allaitement mixte et 17,5 % ont arrêté l'allaitement.

- sur le mode d'allaitement à 2 mois ($p < 0,001$) : Parmi les femmes qui ont donné un biberon de lait artificiel, 7,3% allaitent toujours exclusivement, 36.6% pratiquent un allaitement mixte à 2 mois et 56,1% ont arrêté. Parmi les femmes qui allaitent toujours, elles sont 10,7% à avoir donné un biberon de lait artificiel, parmi celles qui pratiquent un allaitement mixte, elles sont 62,50 % à avoir donné un biberon de lait artificiel, et parmi celles qui ont arrêté l'allaitement, elles sont 85,19 % à avoir donné un biberon de lait artificiel.

Notre étude rejoint les données de la littérature qui mentionnent la sensation de manque de lait comme 1^{er} motif d'arrêt de l'allaitement en France, pour 38 % des femmes en 1982 (1), 32,3 % en 2002 (19). La revue de la littérature de Noirhomme montre également une diminution de la durée d'allaitement en cas d'introduction de biberons de complément (17).

Cependant, notre étude n'a montré aucun lien entre le fait de donner du lait artificiel de façon ponctuelle durant le séjour en maternité (73 % des bébés de notre échantillon en ont reçu) et le mode d'allaitement à 2 mois, ou avec la perception d'une insuffisance de lait dans les 2 premiers mois d'allaitement. Ces résultats sont cependant en contradiction avec la littérature et les « 10 conditions pour le succès de l'AM » cf. Annexe III.

4.3.3 La caractérisation des périodes de manque de lait

Dans la caractérisation des périodes de sensation de manque de lait, il convient de différencier les femmes ayant eu la sensation ponctuelle de 1 à 4 périodes de manque de lait (60,3%) des femmes ayant eu la sensation de manquer de lait tout au long de l'allaitement (6,6%) ou 5 fois ou plus (32,9%). De même, il convient de différencier les périodes ayant duré moins de 72h (<24h (36,8%), 24-48h (21,1%), 48-72h (30,3%)), d'une sensation permanente d'insuffisance de production lactée toute la durée de l'allaitement (7,9%). Dans le premier cas, on pourrait apparenter ces périodes à des poussées de développement de l'enfant, et dans le deuxième cas, à une perception d'insuffisance de lait ou une réelle insuffisance de lait primaire ou secondaire à une pratique inappropriée de l'allaitement.

Parmi les femmes ayant eu l'impression de manquer de lait en cours d'allaitement, 17,7 % ont eu cette sensation dès le séjour en maternité, 24,1 % à 10 jours, 35,4 % à 3 semaines, 29,1 % à 1 mois, 25,3 % à 6 semaines, 24,1 % à 2 mois de vie de leur enfant.

Pour 46 % des femmes ces périodes ont été peu ou moyennement marquées, alors que 54 % des femmes ont trouvé ces périodes marquées ou très marquées.

Ces périodes étaient identifiées par la sensation de seins vides et mous (58,2%), d'une augmentation de la fréquence des tétées (53,2%), d'une augmentation de la durée des tétées (43%), de pleurs intenses du bébé (41,8%), d'un besoin de contact accru (38%), et de réveils nocturnes plus fréquents (30,4%). Elles s'accompagnaient d'une importante sensation de fatigue pour la mère (64,6%) et d'une sensation de découragement dans 46,4 % des cas. Par contre, ces périodes étaient accompagnées dans 15,2 % des cas

seulement d'une prise de poids insuffisante de l'enfant. On ne peut cependant pas conclure que dans 84,8 % des cas, ces périodes n'ont pas eu d'impact sur la croissance de l'enfant, car l'introduction de préparation lactée du commerce dans 51,9 % des cas fausse les données.

51,9 % des femmes ont donné un biberon de lait artificiel en réponse à leur sensation d'insuffisance de lait, 67,1 % ont donné les 2 seins à chaque tétée, 59,5 % ont mis leur enfant au sein plus fréquemment, 40,5 % plus longtemps, 45,6 % ont utilisé un tire-lait, 49,4 % ont bu des tisanes d'allaitement.

Ces périodes ont conduit les femmes à consulter un professionnel de santé dans seulement 26,6 % des cas, en majorité une sage femme ou une infirmière puéricultrice, et des associations de soutien à l'allaitement dans 4,9 % des cas seulement. La principale source d'information demeure la famille ou les amis (37,9%) et internet (forum : 19,4 %, sites spécialisés : 16,5%). Il apparaît donc extrêmement important d'informer les femmes sur l'éventualité de périodes où elles auront l'impression de manquer de lait et douteront de leurs capacités à nourrir leur enfant, de la « normalité » de cet état, de sa réversibilité, et des contacts des professionnels, des sites internet spécialisés fiables et des associations de soutien à l'allaitement qui pourront les aider à surmonter ces périodes afin de poursuivre un allaitement exclusif.

4.3.4 Les facteurs liés à une perception de manque de lait et au fait de donner un biberon de complément pendant ces périodes

Quand au dernier objectif, visant à identifier des facteurs pouvant être en lien de façon statistiquement significative avec la perception d'une insuffisance de lait en cours

d'allaitement, on retrouve seulement le fait que le bébé ait une **tétine** ($p=0,05$), ce qui se retrouve dans la bibliographie, la tétine pouvant être à l'origine de tétées moins fréquentes et moins longues, donc d'une stimulation moindre de la production lactée, ainsi que d'une mauvaise succion du fait du phénomène de confusion sein-tétine (8). La tétine est également corrélée à une durée d'allaitement moindre (17). La **demande du bébé**, semble avoir également un lien avec la sensation de manque de lait, bien que dans notre étude cela ne soit pas statistiquement significatif ($p=0,20$), à cause d'un probable manque de puissance. 100 % des femmes qui estimaient que leur bébé demandait à téter peu ou très peu fréquemment ont eu l'impression de manquer de lait. Ceci pourrait s'expliquer par une insuffisance de stimulation de la lactation de la part de l'enfant. Une information concernant l'allaitement aux signes d'éveil et s'assurer que l'examen clinique de l'enfant soit normal, semble dans ce cas approprié. Celles qui estimaient que leur bébé demandait à téter fréquemment ou très fréquemment ont été 81,4 % à avoir l'impression de manquer de lait. Celles qui estimaient que leur bébé demandait à téter avec une fréquence « normale » étaient 70,91 % à avoir l'impression de manquer de lait.

Par contre, nous n'avons mis en évidence aucun lien statistique entre les **caractéristiques socio-démographiques** des mères, leur mode d'accouchement, leur projet d'allaitement ou leur niveau d'information et la survenue d'une perception d'insuffisance de lait en cours d'allaitement. Dans notre étude, cette perception d'insuffisance de lait semble donc toucher toutes les mères sans distinction. Il conviendrait cependant de réaliser une étude à plus grande échelle, avec plus de puissance afin de conclure si certaines caractéristiques socio-démographiques seraient liées à la sensation d'insuffisance de lait.

Cependant, nous avons mis en évidence des liens statistiquement significatifs entre le fait de donner un biberon de lait artificiel durant ces périodes et l'**IMC des mères** ($p=0,001$), ce qui correspond à des données de l'étude ELFE, montrant que les femmes obèses ou en surpoids avaient plus tendance à pratiquer un allaitement mixte et à moins allaiter (15), et à la revue de la littérature de Noirhomme concernant les durées d'allaitement, plus faibles chez les femmes en surpoids ou obèses (17). Cependant, nous ne pouvons qu'émettre des hypothèses pour expliquer ce phénomène. Serait-il dû à des problèmes endocriniens plus fréquents chez les femmes obèses expliquant une insuffisance de production lactée ou à un manque de confiance accru dans cette population ?

Notre étude montre également un lien statistiquement significatif entre le fait de donner un biberon de lait artificiel durant ces périodes et la **motivation à allaiter** ($p=0,05$) et le **niveau de confiance en soi** des mères et en leur capacité à nourrir leur enfant ($p=0,02$). Cela concorde avec le rapport de l'ANAES de 2002, qui mentionne que « Des attentes souvent irréalistes, notamment en termes de nombre de tétées ou de sommeil de nuit, et un manque de confiance dans la capacité des mères et de leur entourage tant familial que professionnel à nourrir leur bébé en les allaitant de façon exclusive sont à l'origine de la perception d'une insuffisance de lait » (8). McCarter-Spaulding et Kearney dans une étude chez 60 mères retrouvaient une corrélation significative ($p < 0,01$) entre les scores de confiance en soi et de compétence dans les soins à son enfant et la survenue d'épisodes de perception d'insuffisance de lait (31).

Notre étude montre également un lien entre le mode d'allaitement à 2 mois et le niveau d'anxiété ($p=0,05$) et de confiance des mères ($p=0,007$) : plus le niveau de confiance en soi est élevé et plus le niveau d'anxiété est bas, plus les femmes allaitent toujours et de manière exclusive. Dans une revue de la littérature de 2009 concernant les facteurs influençant la durée de l'AM, le manque de confiance en soi est également corrélé à une plus faible durée d'allaitement (17).

Concernant les **tétées nocturnes**, notre étude montre également que parmi les femmes dont les enfants tètent encore la nuit à 2 mois, elles ne sont que 29,6 % à avoir donné un biberon de lait artificiel, elles sont 55,6 % parmi celles dont le bébé tète parfois la nuit et 66,7 % si leur bébé ne tète plus la nuit. Ces liens entre **tétée nocturne à 2 mois** et biberon de lait artificiel ($p=0,02$) au moment des périodes de sensation de manque de lait peuvent s'entendre de plusieurs façons : d'une part, on sait que les tétées nocturnes stimulent la lactation. Un bébé ne tétant pas la nuit peut conduire à une baisse de production de lait par défaut de stimulation. D'autre part, des tétées de nuit fréquentes peuvent être interprétées comme une insuffisance de lait pour satisfaire l'enfant. Le Dr Gremmo-Feger rappelle qu'il est important d'expliquer aux mères que leur bébé a besoin de téter souvent, y compris la nuit, pour entretenir la production de lait, et non parce qu'elles ne produisent pas assez de lait (54). Le problème des tétées nocturnes est cependant un problème culturel complexe. Dans notre société où le fait que le bébé « fasse ses nuits » précocement est si valorisé et recherché par les mères, les couples, l'entourage et les professionnels de santé, le passage à un allaitement mixte ou l'arrêt de l'allaitement, dans le but que l'enfant « fasse ses nuit » est tentant. Notre étude montre en

effet que 84 % des enfants allaités exclusivement à 2 mois tètent encore habituellement ou parfois la nuit, qu'en cas d'allaitement mixte, ils ne sont que 43 %, et qu'en cas d'allaitement artificiel, ils ne sont plus que 35 % à se réveiller la nuit.

Notre étude montre également un lien statistiquement significatif entre le fait de donner un biberon de lait artificiel durant ces périodes et **l'intensité ressenties de ces périodes de manque de lait ($p=0,03$), leur durée ($p=0,02$) et leur fréquence ($p=0,01$) et leur survenue précoce ($p=0,03$)**. En effet, plus ces périodes étaient marquées par leur intensité, leur durée, leur fréquence, ou leur apparition dès la maternité, plus le recours à un biberon de lait artificiel était fréquent. De même, le recours au biberon artificiel est fortement corrélé à **la courbe de poids de l'enfant ($p<0,001$)**, en effet, parmi les femmes dont les enfants avaient perdu du poids ou n'avaient pas pris de poids pendant cette période, 100 % ont donné des biberons de lait artificiel. Parmi celles dont la courbe de poids du bébé n'a pas été affectée, 43,28 % ont donné des biberons de lait artificiel. Ceci pose la question du suivi de l'allaitement et de la courbe de poids des enfants, ainsi que de la méconnaissance des femmes sur les repères d'une tétée efficace et des rythmes d'un bébé allaité.

4.4 Propositions d'action

Au niveau national, mettre en œuvre les propositions du rapport Turck

Le rapport du groupe de travail Allaitement du PNNS (rapport Turck) (29) « Plan d'action allaitement maternel - Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel » a été présenté à Mme la Ministre en Juin 2010. Cependant, il a été peu utilisé pour la rédaction du PNNS 2010-2015 (28), qui est très pauvre sur l'allaitement, et où la perception d'une insuffisance de lait n'y est même pas mentionnée.

Le rapport Turck, dont la synthèse est présentée en Annexe I proposait notamment :

- la mise en place d'un coordinateur national de l'allaitement, d'un comité national de l'allaitement (CNA), d'un référent pour l'allaitement dans chaque ARS et dans chaque maternité, d'un système de surveillance épidémiologique national
- l'amélioration de la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé
- le respect de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- la mise en place, entre J8 et J15, d'une consultation d'allaitement systématique pour toute femme allaitante par un professionnel de santé formé en AM, remboursée à 100%, avec la création d'une nomenclature spéciale pour ce type de consultation. Cela permettrait de corriger d'éventuelles difficultés d'allaitement, de manque de lait réel ou perçu, et de prendre en charge précocement une mauvaise évolution pondérale des nouveaux-nés

"Le fait d'avoir contact avec une sage femme libérale en post couche est une aide non négligeable lorsqu'il y a des moments de doute ou des difficultés."

- de faire figurer les standards de croissance de l'OMS dans les carnets de santé, afin d'établir l'enfant allaité au sein comme modèle normatif de croissance et de développement cf. Annexe IX.

Au niveau local

Améliorer la surveillance épidémiologique

Une meilleure rigueur et une généralisation du remplissage des dossiers ICOS permettrait d'améliorer la surveillance épidémiologique des taux d'allaitement maternel en sortie de maternité, au CHU Estaing et dans les maternités du réseau Auvergne. De même, un meilleur remplissage des certificats du 8^e jour, du 9^e mois et du 24^e mois permettrait de mieux évaluer les durées d'allaitement en Auvergne.

Améliorer l'accompagnement et l'information donnée aux femmes

- quelle qu'en soit l'origine, déceler et prendre en charge la perception d'une insuffisance de lait par une écoute, un soutien et un apprentissage adaptés
- renforcer la confiance des mères en leur capacité à nourrir leur enfant
- informer les mères sur les tétées aux signes d'éveil et sur les signes d'une tétée efficace.

Laure Sage, dans son mémoire pour l'obtention du DE de sage-femme en 2014 rappelait qu'une « bonne information pour savoir repérer les signes caractéristiques de succion de l'enfant et les signes d'efficacité de la tétée permettrait d'améliorer la confiance en elles des mères à la maternité du CHU Estaing et devrait contribuer à diminuer le nombre de sevrages précoces » (71).

- informer sur les méfaits d'une tétine donnée trop précocement
- prévenir de la survenue possible de périodes où les mères auront l'impression de

manquer de lait, de la normalité de ces périodes, de leur caractère transitoire, fatigant et décourageant, de leur caractère réversible et des moyens pour y faire face

"Pas eu assez d'information concernant ces désagréments, du coup j'ai introduit des biberons qui ont fait que mon bébé prenait moins bien au sein. Arrêt de l'allaitement très rapide suite à cela. Je regrette de ne pas avoir pu allaiter plus."

"Sentiment de manquer de lait pour son bébé très frustrant et presque culpabilisant pour la maman. Personnellement, je ne me suis pas sentie assez informée de cet état "normal" pendant grossesse / séjour à la maternité (juste quelques bribes d'informations)"

- informer systématiquement les femmes à la sortie de la maternité de l'existence et des compétences des sages-femmes libérales, des consultants en lactation, de la PMI et de ses puéricultrices, des associations d'allaitement qu'elles soient nationales (Leche League) ou locales (Lact'écoute). Il faudrait systématiquement donner leurs contacts et les coordonnées des sources d'information fiables, afin de pallier la solitude et l'isolement des femmes vis à vis de l'allaitement à leur retour à domicile, et la non identification des professionnels de santé comme interlocuteurs. Cela rejoint la recommandation n°10 des « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel » : *Encourager la constitution d'associations de soutien à l'AM et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.*

"Pendant l'hospitalisation de ma fille, comme elle avait perdu la force de téter, ma production s'est très affaiblie, même en tirant le lait chaque jour. J'ai pu revenir à un allaitement exclusif grâce à l'association locale Lact'écoute. Une mère bénévole m'a appelée tous les soirs pour me conseiller et me soutenir pendant plus de 2 semaines."

"Je pense que si j'avais été un peu plus guidée et soutenue, y compris à mon retour à domicile, j'aurais persévéré et réussi à nourrir mon enfant."

Poursuivre la formation des professionnels et harmoniser les discours

- La formation des professionnels de santé à ces questions (médecins généralistes, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices) paraît essentielle. Des protocoles existent, notamment élaborés par le Dr Jack Newman, pour augmenter l'ingestion de lait maternel par le bébé en cas de «manque de lait» (72), (73). La compression du sein est notamment une technique peu utilisée, qui permet d'augmenter l'ingestion de lait par le bébé.
- Utiliser les compléments de lait artificiel à bon escient en maternité (61). La formation des personnels de santé pour accompagner ces moments de pleurs du bébé, la fatigue maternelle ou l'impression d'une insuffisance d'apport malgré une perte de poids inférieure à 10 % paraît essentielle, afin d'avoir des outils pour répondre aux mères autrement que par l'usage d'un biberon de complément.

L'équipe du CHU Estaing est une équipe jeune, avec un recrutement récent important, et une augmentation des naissances depuis 2010. Des formations sur l'allaitement par une sage-femme consultante en lactation IBCLC de l'équipe ont été initiées et effectuées en 2010 (5 groupes de 12 sages-femmes et auxiliaires de puériculture), ainsi qu'un staff sur l'allaitement en 2014. La formation des professionnels est à poursuivre, ainsi que l'information des mères.

Une sage-femme référente pour l'allaitement au CHU Estaing

Une sage-femme consultante en lactation IBCLC est référente allaitement au sein du CHU. Elle anime des séances de PNP sur l'allaitement, s'occupe de la formation des personnels (bien qu'il n'y en ait pas eu depuis 2010) et des consultations allaitements devraient se mettre en place en 2015.

CONCLUSION

Notre étude, menée auprès des primipares allaitant leur enfant en sortie de maternité entre le 24 mars et le 27 mai 2014, a montré une très grande prévalence de périodes de perception de manque de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement. En effet, **76,7%** (n=79) des femmes ont déclaré avoir eu cette sensation d'insuffisance de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement (IC95% =[67,3 – 84,5]).

Ces périodes d'insuffisance de lait ont d'importantes conséquences sur la poursuite de l'allaitement car, à l'issue de ces périodes, **seulement 43,6 % des mères poursuivent un AM exclusif**. C'est pour 47,4 % d'entre elles l'entrée dans un allaitement mixte et pour 9 % d'entre elles l'arrêt de l'AM.

Dans notre étude, les seuls liens statistiquement significatifs avec la survenue d'épisodes de sensation de manque de lait sont le fait que l'enfant ait une **tétine** et le **mode d'allaitement à 2 mois**. En revanche, des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence entre le fait de donner un biberon de lait artificiel lors de sensation de manque de lait et l'IMC de la femme, sa motivation à allaiter, son niveau de confiance en elle et en sa capacité à nourrir son enfant, les tétées nocturnes, la fréquence, la durée et l'intensité de ces périodes, l'impression de manquer de lait dès le séjour en maternité, la courbe de croissance de l'enfant, la poursuite de l'allaitement et le mode d'allaitement à 2 mois. En revanche, de façon surprenante par rapport à la littérature, notre étude n'a pas montré de lien entre le fait de donner du lait artificiel ponctuellement en maternité (avec une très forte prévalence : 73,8%) et le mode d'allaitement à 2 mois ou la survenue de

périodes de manque de lait.

Cette étude montre qu'il faut systématiser l'accompagnement, l'information et la prévention auprès des femmes concernant la survenue de périodes de sensation de manque de lait, informer sur les signes de tétée efficace, les tétées aux signes d'éveil, les méfaits d'une tétine donnée précocement et donner systématiquement les contacts des professionnels formés en AM, des associations de soutien à l'AM et des sources d'information fiables en vue du retour à domicile. La systématisation d'une consultation d'allaitement par un professionnel formé en AM entre j8 et j15 comme le recommande le rapport Turck permettrait de prendre en charge précocement les problèmes d'allaitement à l'origine de manque de lait (réel ou perçu) et de rassurer les femmes sur leur capacité à nourrir leur enfant.

La formation des professionnels de santé est elle aussi à poursuivre, ainsi que l'harmonisation des discours et des séances de PNP. Une consultation allaitement devrait se mettre en place courant 2015 au CHU Estaing.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Les bases utilisées pour la recherche documentaire ont été principalement Pubmed, Science Direct, Cochrane, le CISMef, le site de la HAS, et des liens de sites consacrés à l'allaitement, comme la COFAM, Médecine et Enfance, ou la Leche League. J'ai également consulté des thèses à la Bibliothèque Universitaire de Médecine, après avoir consulté le répertoire du SUDOC. Une recherche documentaire approfondie a également été réalisée par la bibliothécaire du CERDAM (Centre ressource documentaire pour l'AM).

1. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2012;41(2):151-66.
2. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bull Epidemiol Hebd.* 7 oct 2014;(27):450-7.
3. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics.* 12 janv 2005;116(6):1408-12.
4. Li L, Zhang M, Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding by Chinese mothers in Perth, Western Australia. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* mai 2004;20(2):188-95.
5. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery.* févr 2009;25(1):50-61.
6. Galipeau R. Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée. 4 août 2011 [cité 26 oct 2014]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5304>
7. Gremmo-Feger G. Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. [cité 14 nov 2013]; Disponible sur: <http://www.counaitre.net/articles/insuffisancelaitmytheGGF.pdf>

8. Pauchet-Traversat A-F, Dosquet P. Allaitement Maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. Paris, France: ANAES; 2002 mai [cité 29 oct 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-lenfant?xtmc=&xtcr=1
9. Kramer MS, Kakuma R. World Health Organization - The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review [Internet]. Geneva: OMS; 2002 [cité 16 janv 2014]. 47 p. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/nhd_01_08/en/
10. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Internet]. Programme National Nutrition Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille; 2005 [cité 18 févr 2015]. 72 p. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
11. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action [Internet]. Luxembourg: Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Evaluation des Risques; 2004 [cité 16 janv 2014]. 38 p. Disponible sur: http://coordination-allaitement.org/dynamic/pdf/etudes/blueprint_francais.pdf
12. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised 2008) [Internet]. Luxembourg; 2008. Disponible sur: <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf>
13. PNNS. Le guide nutrition de la naissance à trois ans - La santé vient en mangeant [Internet]. 2005 [cité 18 févr 2015]. 40 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/890.pdf>
14. Collet M, Vilain A. Les certificats de santé de l'enfant au 9ème mois (CS9) - Validité 2010. Drees - Ministère Aff Soc Santé Doc Trav Sér Sources Méthodes [Internet]. aout 2012 [cité 15 janv 2014];n°32. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-certificats-de-sante-de-l-enfant-au-9eme-mois-cs9,11000.html>
15. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bull Epidemiol Hebd. 7 oct 2014; (27):440-9.

16. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. J Pédiatrie Puériculture. déc 2012;25(6):364-72.
17. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. J Pédiatrie Puériculture. mai 2009;22(3):112-20.
18. Verronen P. Breast feeding: reasons for giving up and transient lactational crises. Acta Paediatr Scand. mai 1982;71(3):447-50.
19. IPA Information pour l'Allaitement - Etudes sociologiques en France [Internet]. [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.info-allaitement.org/etude-en-france.html>
20. Branger B, Cebren M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch Pédiatrie. mai 1998;5(5):489-96.
21. Tiersonnier M. Etat des Lieux de l'allaitement maternel à Clermont-Ferrand, au regard de l'HAS et d'une maternité IHAB. Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand; 2008.
22. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs Sigma Theta Tau. 2008;40(4):355-63.
23. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 [Internet]. Issue 2 [cité 8 nov 2014]. Disponible sur: <http://apps.who.int/whl/reviews/langs/CD001688.pdf>
24. Gremmo-Féger G. Les arrêts d'allaitement maternel sont-ils évitables en cas « d'insuffisance de lait » ? Arch Pédiatrie. juin 2009;16(6):777.
25. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
26. HAS. Haute Autorité de Santé - Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation [Internet]. 2006 juin [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/fr/favoriser-lallaitement-maternel-processus-evaluation
27. INPES. Le guide de l'allaitement maternel [Internet]. Programme national nutrition santé. 2009 [cité 15 janv 2014]. 64 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1265>

28. PNNS, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme national nutrition santé 2011-2015 [Internet]. 2011 [cité 24 avr 2015]. 66 p. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
29. Turck D. Plan d'action : Allaitement maternel. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel [Internet]. PNNS; 2010 [cité 16 janv 2014] p. 40. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
30. Hill PD, Humenick SS. Insufficient milk supply. Image-- J Nurs Scholarsh. 1989;21(3):145-8.
31. McCarter-Spaulding DE, Kearney MH. Parenting self-efficacy and perception of insufficient breast milk. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG. oct 2001;30(5):515-22.
32. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics. sept 2003;112(3 Pt 1):607-19.
33. Gussler, J.D. Briesemeister, L.H. The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. Med Anthropology 1980 (spring). p. 145-74.
34. Neifert MR. Breastmilk transfer: positioning, latch-on, and screening for problems in milk transfer. Clin Obstet Gynecol. sept 2004;47(3):656-75.
35. Hillervik-Lindquist C. Studies on perceived breast milk insufficiency. A prospective study in a group of Swedish women. Acta Paediatr Scand Suppl. 1991;376:1-27.
36. Cooke, M., Sheehan, A., & Schmied, V. Description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction and weaning in the first three months after birth. J Hum Lact. 2003;19(2):145-56.
37. Cibaud-Le Turdu N. Allaitement maternel et insuffisance de lait: prise en charge en médecine générale. 2011 [cité 14 nov 2013]; Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00624072/>
38. Neifert MR, Seacat JM, Jobe WE. Lactation failure due to insufficient glandular development of the breast. Pediatrics. nov 1985;76(5):823-8.
39. Lavigne C. Le manque de lait primaire et circonstanciel. mars 2013;8.
40. Andrade RA de, Coca KP, Abrão ACFV. Breastfeeding pattern in the first month of life in women submitted to breast reduction and augmentation. J Pediatr (Rio J). juin 2010;86(3):239-44.

41. Neubauer SH, Ferris AM, Chase CG, et al. Delayed lactogenesis in women with and without insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr.* 1993;58:54-60.
42. Marasco L, Marmet C, Shell E. Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* mai 2000;16(2):143-8.
43. Sert M, Tetiker T, Kirim S, Kocak M. Clinical report of 28 patients with Sheehan's syndrome. *Endocr J.* juin 2003;50(3):297-301.
44. Aljazaf K, Hale TW, Ilett KF, Hartmann PE, Mitoulas LR, Kristensen JH, et al. Pseudoephedrine: effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk. *Br J Clin Pharmacol.* juill 2003;56(1):18-24.
45. Kennedy KI, Short RV, Tully MR. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception.* juin 1997;55(6):347-50.
46. Willis C, Livingstone V. Infant Insufficient Milk Syndrome Associated with Maternal Postpartum Hemorrhage. *J Hum Lact* 11(2). 1995;5p.
47. Henly SJ, Anderson CM, Avery MD, Hills-Bonczyk SG, Potter S, Duckett LJ. Anemia and insufficient milk in first-time mothers. *Birth Berkeley Calif.* juin 1995;22(2):86-92.
48. Hopkinson JM, Schanler RJ, Fraley JK, Garza C. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics.* déc 1992;90(6):934-8.
49. Powers NG. Slow weight gain and low milk supply in the breastfeeding dyad. *Clin Perinatol.* juin 1999;26(2):399-430.
50. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis C-L, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* févr 2004;20(1):30-8.
51. Hill PD. The enigma of insufficient milk supply. *MCN Am J Matern Child Nurs.* déc 1991;16(6):312-6.
52. Newman J Dr, Pitman T. Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding. Revised. Harpercollins Canada; 2014. 383 p.
53. Pilliot M. Allaitement en maternité: les clefs pour réussir. *Accompagner Naiss Accompagner L'allaitement Journ Régionale Pour L'allaitement.* 2005;2006:43-54.
54. Gremmo-Féger G. Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement.

Arch Pédiatrie. sept 2013;20(9):1016-21.

55. Renfrew M.J., Woolridge M.W., McGill H.R. Enabling women to breastfeed . A review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice London : The Stationery Office 2000. Station Off. 2000;
56. Hill PD, Aldag J. Potential indicators of insufficient milk supply syndrome. Res Nurs Health. févr 1991;14(1):11-9.
57. Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. J Perinatol. nov 2009;29(11):757-64.
58. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants: The first 6 weeks after birth. Journal of Human Lactation. 2005;22-30.
59. Hill PD, Chatterton RT, Aldag JC. Neuroendocrine Responses to Stressors in Lactating and Nonlactating Mammals: A Literature Review. Biol Res Nurs. 10 janv 2003;5(2):79-86.
60. Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, Lönnerdal B. Stress during labor and delivery and early lactation performance. Am J Clin Nutr. août 1998;68(2):335-44.
61. Gremmo-Feger G. A propos des données médicales de l'ihab : comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ? 2008;12-6.
62. Hillervik-Lindquist C, Hofvander Y, Sjölin S. Studies on perceived breast milk insufficiency. III. Consequences for breast milk consumption and growth. Acta Paediatr Scand. mars 1991;80(3):297-303.
63. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM, Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et la Santé des Femmes et des Enfants DGS, DREES; 2011.
64. Bonet M, Blondel B. L'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital : évolution et facteurs associés [Internet]. [Paris]: Thèse de Doctorat de l'université Paris XI - faculté de médecine; 2009 [cité 25 avr 2015]. Disponible sur: http://www.ed-sante-publique.u-psud.fr/images/these_pdf/bonet2009.pdf
65. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'exams de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude [Internet]. Saint Etienne, Cetaf; 2005 [cité 2 oct 2014]. Disponible

sur: http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_precarite.pdf

66. INSERM, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Kantar Health. Enquête ObEpi-Roche 2012 : enquête épidémiologique nationale de référence sur le surpoids et l'obésité dans la population adulte [Internet]. 2012 [cité 17 avr 2015]. Disponible sur: http://www.roke.fr/medias/actualites/enquete_ObEpi-Roche_2012_la_progression_de_l_obesite_ralentit_en_france.html
67. Nguyen D, Berlin I. Allaitement maternel chez les femmes fumeuses: connaissances actuelles. Société Fr Tabacologie En Ligne Doc Consulté Soc-Francaise-Detabacologie CommisesaupointSFTallaitementtabac Pdf [Internet]. 2007 [cité 16 avr 2015]; Disponible sur: http://www.societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/SFT_allaitement_tabac.pdf
68. INSEE. Pauvreté : publications et statistiques pour la France ou les régions [Internet]. INSEE, institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=4&sous_theme=4
69. Appendix 3: Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services — A joint WHO/UNICEF statement. Int J Gynecol Obstet. 1990;31, Supplement 1:171-83.
70. Naylor AJ. BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in the Twenty-First Century. Pediatr Clin North Am. avr 2001;48(2):475-83.
71. Sage L, Baumont M. Connaissances sur l'allaitement maternel des femmes allaitantes avant leur sortie de maternité au CHU Estaing de Clermont-Ferrand. Clermont-Ferrand, France; 2014. 92 p.
72. Newman J Dr. Protocole pour augmenter l'ingestion de lait maternel par le bébé («manque de lait»). Feuillelet n°29 du Dr Jack Newman. FRCPC [Internet]. 2005 [cité 25 avr 2015]; Disponible sur: <http://www.lllfrance.org/Feuillets-du-Dr-Jack-Newman/Protocole-pour-augmenter-l'ingestion-de-lait-maternel-par-le-bebe-manque-de-lait.html>
73. Newman J Dr. Mon bébé prend-il assez de lait? Feuillelet n°4 du Dr Jac Newman. 2005 [cité 24 avr 2015]; Disponible sur: www.lllfrance.org/Feuillets-du-Dr-Jack-Newman/Mon-bebe-prend-il-assez-de-lait.html

ANNEXES

ANNEXE I . SYNTHÈSE DU RAPPORT TURCK – PROPOSITIONS D'ACTIONS

I. Le constat

- 1 - L'allaitement satisfait à lui seul les besoins du nourrisson pendant les 6 premiers mois de vie, et a des effets bénéfiques à court et long terme sur la santé de l'enfant et de sa mère
- 2 - Malgré une augmentation récente, la prévalence et la durée de l'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe : le taux d'initiation en maternité était de 62,6% en 2003 et la durée médiane de l'ordre de 10 semaines
- 3 - Les femmes qui allaitent sont souvent plus âgées, primipares, étrangères, avec une profession qualifiée, et ont accouché dans les maternités de grande taille ou dans un CHU
- 4 - Une enquête BVA de décembre 2009 montre que les femmes vivant en France souhaitent plus d'accompagnement pendant l'allaitement et un congé de maternité plus long
- 5 - Le soutien de l'allaitement permet des économies au système de santé, aux employeurs et aux familles

II. Les objectifs généraux

- 1 - Avoir un autre regard sur l'allaitement
- 2 - Informer les femmes, les pères, les familles et les employeurs des bénéfices de l'allaitement
- 3 - Respecter le droit, pour toutes les femmes, d'avoir accès à des services de maternité et de soins post-nataux soutenant effectivement l'allaitement
- 4 - Protéger le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités
- 5 - Évaluer et suivre l'efficacité des mesures mises en place pour faciliter l'allaitement
- 6 - Encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement

III. Les moyens

1 - Au sujet de l'organisation au niveau national, régional et local

- a. Mettre en place un coordinateur national de l'allaitement
- b. Mettre en place un comité national de l'allaitement (CNA) intégré à la commission nationale de la naissance, qui pourrait devenir la « commission nationale de la naissance et de l'allaitement »
- c. Mettre en place dans chaque agence régionale de santé un référent pour l'allaitement
- d. Mettre en place dans chaque maternité un référent pour l'allaitement
- e. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national
- f. Améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé
- g. Respecter l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

2 - Au sujet de la grossesse et des maternités

- a. Mettre en œuvre des standards de pratiques optimales (Initiative hôpital ami des bébés - IHAB), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la Haute autorité de santé
- b. Généraliser l'entretien prénatal individuel du 4ème mois, et en consacrer une partie aux informations sur l'allaitement
- c. Développer l'offre de préparation à la naissance et à la parentalité
- d. Inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement
- e. Valoriser l'organisation et l'initiation de l'allaitement au titre de la tarification à l'activité (T2A)

3 - Au sujet du retour à domicile

- a. Accompagner chaque couple mère/enfant dès la sortie de la maternité (PMI, libéraux, associations)
- b. Mettre en place dans chaque unité territoriale de PMI un référent pour l'allaitement
- c. Proposer à chaque femme une consultation d'allaitement par un professionnel de santé formé, entre J8 et J15, remboursée à 100%
- d. Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Afssa sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel
- e. Faire figurer les standards de croissance de l'OMS dans les carnets de santé

4 - Au sujet du travail

- a. Informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-même et leurs employées, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail
- b. Respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle
- c. Allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines

5 - Au sujet de l'information des femmes, de leur entourage et du public

- a. Donner des informations et des conseils sur l'allaitement accessibles à l'entourage des femmes qui allaitent (père, ascendants et descendants, assistantes maternelles)
- b. Créer et diffuser des documents d'informations sur l'allaitement clairs, appropriés et cohérents, sous la coordination du CNA
- c. Créer un site Internet, coordonné par le CNA, contenant les recommandations nationales, européennes et internationales
- d. Mettre en place une éducation scolaire primaire et secondaire, et des campagnes de communication sur l'allaitement

6 - Au sujet des populations fragiles

a. Populations défavorisées :

- Encourager les groupes de parole de mère à mère selon le modèle des groupes de pairs « Peer Counselors » (modèle PRALL)
- Compléter l'éventuelle distribution gratuite de lait artificiel dans ces populations par des initiatives visant à promouvoir l'allaitement
- Mettre en place avec les services de PMI et les réseaux de périnatalité un suivi de soins et une aide sociale, surtout en cas de sortie précoce
- Prendre en charge à 100% les éventuels coûts inhérents à l'utilisation de tire-lait, dont les consommables

b. Enfants prématurés et de petit poids de naissance :

- Recourir préférentiellement au lait de femme pour ces enfants fragiles
- Maintenir la proximité mère/enfant, avec une aide pour le transport et le logement si l'enfant est hospitalisé loin du domicile
- Aider et soutenir les lactariums

Source : TURCK D., Plan d'action : Allaitement Maternel. Propositions d'actions pour la promotion de l'Allaitement Maternel . Direction Générale de la Santé, 2010, 40p. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

ANNEXE II . CALCUL DU SCORE EPICES

EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnelle de la précarité.

N° Questions	Oui	Non
1 Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6 Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10 En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
constante	75,14	

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées**

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions, EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09

Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

Source : Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude. Janvier 2005. Saint Étienne : Cetaf, 2005.

http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/RE_prekarite.pdf

ANNEXE III . DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'AM formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'AM et de sa pratique
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale (privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire)
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 h sur 24 (favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin pour les bébés malades ou prématurés)
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande l'enfant (aux signes d'éveil) et de la mère
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'AM et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Ainsi que :

- Accompagner et respecter les besoins des mères pendant le travail et l'accouchement.
- Protéger les familles de toute promotion commerciale en respectant le Code international de Commercialisation des Substituts du lait maternel.
- Aider les mères qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel à choisir une alimentation de substitution adéquate et à la préparer sans risque.

Enfin la maternité ne doit pas recevoir de fonds de la part de l'industrie alimentaire infantile et refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

Source : Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989) : "Protection, encouragement et soutien de l'AM - Le rôle spécial des services liés à la maternité" et "Mise à jour et extension des lignes directrices IHAB pour des soins intégrés ", janvier 2006

Questionnaire - Allaitement et sensation de manque de lait

Ce questionnaire est structuré en 5 parties : une première partie recueille des informations générales vous concernant, la deuxième partie concerne votre enfant qui vient de naître, la troisième votre projet d'allaitement, la quatrième le déroulement de votre allaitement et la cinquième la sensation de manquer de lait.

I. Mieux vous connaître

1. Quel âge avez-vous ?

(votre âge en années révolues)

2. Quel était votre poids avant cette grossesse ?

(votre poids en kg)

3. Combien mesurez-vous ?

(votre taille en cm)

4. Fumez-vous actuellement ?

- ☐ Oui
☐ Non

5. Quelle est la date de votre accouchement ?

Jour	Mois	2014	31
------	------	------	----

6. Comment avez-vous accouché ?

- ☐ par césarienne
☐ par voie basse (sans ventouse ni forceps)
☐ par voie basse avec ventouse et/ou forceps

7. Depuis votre accouchement, avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme suite à un problème de santé particulier (vous concernant) ?

(si oui, passez à la question 7a, si non passez directement à la question 8)

- ☐ oui
☐ non

7a. (si oui), pour quel problème de santé avez-vous consulté ?

8. Prenez-vous des médicaments actuellement ?

(si oui, passez à la question 8a, sinon passez à la question 9)

- ☐ oui
- ☐ non

8a. (si oui), quels médicaments prenez-vous actuellement ?

9. Avez-vous repris une activité professionnelle ce jour ?

- ☐ oui
- ☐ non

10. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, travailleuse familiale) ?

- ☐ oui
- ☐ non

11. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle santé) ?

- ☐ oui
- ☐ non

12. Vivez-vous en couple ?

- ☐ oui
- ☐ non

13. Etes-vous propriétaire de votre logement ?

- ☐ oui
- ☐ non

14. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?

- ☐ oui
- ☐ non

15. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ oui
- ☐ non

16. Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ oui
- ☐ non

17. Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

- ☐ oui
- ☐ non

18. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

- ☐ oui
- ☐ non

19. En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

- ☐ oui
- ☐ non

20. En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

- ☐ oui
- ☐ non

II. Votre bébé

21. Votre bébé est :

- ☐ un garçon
- ☐ une fille

22. Le poids de votre bébé à sa naissance était de :

(poids en kg)

23. Avez-vous eu votre bébé en peau à peau en salle de naissance ou en salle de réveil (juste après l'accouchement) ?

- ☐ oui

☐ non

24. Votre bébé a-t-il tété en salle de naissance ou salle de réveil ?

- ☐ oui
☐ non

25. A-t-il eu un complément de lait artificiel pendant le séjour à la maternité ?

(Si oui, passez à la question 25a, si non passez à la question 26)

- ☐ oui
☐ non

25a - si oui sous quelle forme ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ biberon
☐ seringue
☐ sonde / dispositif d'aide à l'allaitement
☐ tasse

26. Votre bébé a-t-il une tétine actuellement ?

(si oui, passez à la question 26a, si non passez à la question 27)

- ☐ oui
☐ non

26a - si oui à quel âge a-t-il eue sa tétine ?

- ☐ dès la maternité
☐ au cours du 1^{er} mois
☐ au cours du 2^{ème} mois
☐ au cours du 3^{ème} mois

27. Votre bébé a-t-il eu un problème de santé particulier depuis sa sortie de maternité ?

(si oui, passez à la question 27a, si non passez à la question 28)

- ☐ oui
☐ non

27a - si oui, précisez quel problème de santé :

28. A la visite du 1^{er} mois, votre bébé :

- ☐ avait bien grossi et repris du poids par rapport à son poids de naissance
- ☐ faisait environ le même poids qu'à sa naissance
- ☐ avait perdu du poids par rapport à son poids de naissance
- ☐ Autre :

29. A la visite du 2ème mois, votre bébé :

- ☐ a continué de bien grossir
- ☐ pesait environ le même poids qu'au 1er mois
- ☐ avait perdu du poids par rapport au 1er mois
- ☐ Autre :

III. Votre projet d'allaitement initial

30. A quel moment avez-vous pris la décision d'allaiter votre enfant ?

- ☐ avant la grossesse
- ☐ en début de grossesse
- ☐ en milieu de grossesse
- ☐ en fin de grossesse
- ☐ au moment de l'accouchement

31. Au moment de votre accouchement, vous souhaitiez allaiter votre enfant pendant une durée de :

(en mois)

32. Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- ☐ oui
- ☐ non

33. Avez-vous suivi une séance de préparation à la naissance sur l'allaitement ?

- ☐ oui
- ☐ non

34. Avez-vous parlé d'allaitement pendant votre grossesse avec un professionnel de santé ?

(si oui, passez à la question 34a, si non passez à la question 35)

- ☐ oui
- ☐ non

34a - si oui :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ lors d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité
- ☐ lors d'une consultation prénatale
- ☐ lors d'une hospitalisation

☐ Autre :

34b - si oui :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ avec une sage-femme
- ☐ avec une infirmière puéricultrice
- ☐ avec un médecin généraliste
- ☐ avec un médecin gynécologue-obstétricien
- ☐ Autre :

35. A votre sortie de maternité, évaluez votre motivation à allaiter :

- ☐ très peu motivée
- ☐ peu motivée
- ☐ motivée
- ☐ très motivée

36. Vous diriez que votre conjoint, par rapport à votre projet d'allaitement était plutôt :

- ☐ Très favorable
- ☐ Favorable
- ☐ Indifférent
- ☐ Défavorable
- ☐ Très défavorable

IV – Le déroulement de votre allaitement (que vous ayez arrêté ou non d'allaiter)

37. Globalement, sur la durée de votre allaitement, évaluez votre confiance en vous par rapport à votre capacité à nourrir votre enfant :

- ☐ très peu confiante
- ☐ peu confiante
- ☐ confiante
- ☐ très confiante

38. Évaluez votre niveau d'anxiété global depuis votre retour à la maison avec votre bébé :

- ☐ pas du tout anxieuse
- ☐ pas très anxieuse
- ☐ anxieuse
- ☐ très anxieuse

39. Au cours de votre allaitement, avez-vous souffert de crevasses ?

(si oui, passez à la question 39a, si non passez à la question 40)

- ☐ oui

- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

39a - si oui :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ pendant le séjour à la maternité
- ☐ au cours du 1er mois
- ☐ au cours du 2ème mois
- ☐ au cours du 3ème mois

40. Au cours de votre allaitement, avez-vous souffert d'engorgement(s) ?

(si oui, passez à la question 37a, si non passez à la question 38)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

40a - si oui :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ pendant le séjour à la maternité
- ☐ au cours du 1er mois
- ☐ au cours du 2ème mois
- ☐ au cours du 3ème mois

41. Au cours de votre allaitement, avez-vous souffert de mastite ou lymphangite ?

(si oui, passez à la question 41a, si non passez à la question 42)

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ je ne sais pas

41a - si oui :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ pendant le séjour à la maternité
- ☐ au cours du 1er mois
- ☐ au cours du 2ème mois
- ☐ au cours du 3ème mois

42. Avez-vous souffert d'autres désagréments liés à votre allaitement ?

(si oui, passez à la question 42a, si non passez à la question 43)

- ☐ oui
- ☐ non

42a. si oui, précisez :

43. Vous donnez (ou donniez) le sein :

(répondre même si vous avez arrêté)

- ☐ Quand votre bébé le demande (dès qu'il pleure)
- ☐ A heures à peu près fixes
- ☐ Quand votre bébé montre des signes d'éveil (quand il tire la langue, ouvre la bouche, tète son poing), avant les pleurs
- ☐ Autre :

44. Vous diriez que votre bébé demande (demandait) à téter :

- ☐ très peu fréquemment
- ☐ peu fréquemment
- ☐ normalement
- ☐ fréquemment
- ☐ très fréquemment

45. Actuellement, votre bébé tète-t-il la nuit (entre 22h et 6h) ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ parfois

46. Actuellement, 2 mois après la naissance de votre enfant :

- ☐ Vous allaitez toujours exclusivement (sein uniquement OU sein et biberons de lait maternel tiré)
- ☐ Vous pratiquez un allaitement mixte (sein + biberon de lait artificiel)
- ☐ Vous avez arrêté l'allaitement

46a. Si vous pratiquez un allaitement mixte, ou si vous avez arrêté l'allaitement, précisez depuis quelle date :

(si vous allaitez toujours de manière exclusive, passez directement à la question 42)

Jour

Mois

2014

V – L'impression de manquer de lait ou d'une baisse de la lactation

47. Avez-vous été informée de l'éventualité de périodes où vous pourriez avoir l'impression de manquer de lait, périodes parfois appelées « poussée de croissance », « pic de croissance » ou « poussée de développement » de l'enfant ou « jours de pointe » ?

(plusieurs réponses possibles, si oui, passez à la question 44a, si non, passez directement à la question 45)

- ☐ oui j'ai été informée pendant ma grossesse
- ☐ oui, j'ai été informée lors de mon séjour à la maternité
- ☐ oui, j'ai été informée lors de mon retour à domicile
- ☐ Je ne sais plus
- ☐ non, je n'en ai jamais été informée

47a. (Si oui) vous avez été informée de l'éventualité de périodes où vous pourriez avoir l'impression de manquer de lait par :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ une sage-femme
- ☐ une auxiliaire de puériculture
- ☐ un médecin gynécologue
- ☐ un médecin généraliste
- ☐ autre professionnel de santé
- ☐ internet
- ☐ livres / brochures sur l'allaitement
- ☐ association de soutien à l'allaitement
- ☐ famille-ami(e)s
- ☐ Autre :

48. Au cours de votre allaitement, avez-vous eu des périodes où vous avez eu l'impression de « manquer de lait » ?

- ☐ oui
- ☐ non

[Continuer »](#)

Terminé à 33 %

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

Questionnaire - Allaitement et sensation de manque de lait

Si vous avez eu des périodes où vous avez eu l'impression de "manquer de lait"

49. Combien de fois avez-vous eu l'impression de manquer de lait ?

- ☐ 1 fois
- ☐ 2 fois
- ☐ 3 fois
- ☐ 4 fois
- ☐ 5 fois ou plus
- ☐ Autre :

50. Combien de temps ont duré ces périodes d'impression de manquer de lait?
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ un jour ou moins
- ☐ entre 24 et 48 heures
- ☐ entre 48 à 72 heures
- ☐ Autre :

51. A quels moments avez-vous eu l'impression de manquer de lait ?
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ pendant le séjour à la maternité
- ☐ 10 jours après la naissance de votre bébé
- ☐ 3 semaines après la naissance de votre bébé
- ☐ 1 mois après la naissance de votre bébé
- ☐ 6 semaines après la naissance de votre bébé
- ☐ 2 mois après la naissance de votre bébé
- ☐ 3 mois après la naissance de votre bébé
- ☐ Autre :

52 - Ces périodes vous ont-elles semblé :

- ☐ peu marquées
- ☐ moyennement marquées
- ☐ marquées
- ☐ très marquées (en terme d'intensité)

☐ Autre :

53 - Pendant ces périodes de sensation de manque de lait :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ votre bébé a perdu du poids / n'a pas pris de poids
- ☐ votre bébé avait une courbe de poids normale
- ☐ ses selles se sont raréfiées
- ☐ il pleurait beaucoup
- ☐ il avait besoin de contact avec vous, il était difficile à consoler
- ☐ il se réveillait souvent la nuit / dormait peu
- ☐ il demandait à téter très souvent
- ☐ les tétées étaient très longues
- ☐ vos seins étaient « vides » et « mous »
- ☐ vous vous êtes sentie déprimée / découragée
- ☐ vous vous êtes sentie fatiguée
- ☐ Autre :

54 - Pendant ces périodes de sensation de manque de lait, vous avez :

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ donné un ou des biberon(s) de lait artificiel
- ☐ mis bébé au sein plus souvent
- ☐ donné les 2 seins à chaque tétée
- ☐ mis bébé au sein plus longtemps
- ☐ pris votre bébé peau à peau
- ☐ utilisé un tire-lait
- ☐ bu des tisanes d'allaitement
- ☐ pris du repos
- ☐ bu abondamment
- ☐ pris des médicaments pour augmenter la lactation (Domperidone, Galactogyl)
- ☐ Autre :

55 - Ces périodes d'impression de manque de lait vous ont-elles conduit à une consultation auprès d'un professionnel de santé ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ oui, auprès d'un médecin généraliste
- ☐ oui, auprès d'une sage femme libérale
- ☐ oui, auprès d'une infirmière puéricultrice de PMI
- ☐ oui, auprès d'une sage femme de PMI
- ☐ oui, auprès d'un gynécologue
- ☐ Non, pas de consultation
- ☐ Autre :

56 - Ces périodes d'impression de manque de lait vous ont-elles conduit à vous renseigner auprès de :

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ famille / amis
- ☐ internet : forum
- ☐ internet : sites spécialisés : leche league, etc.
- ☐ livres
- ☐ guide de l'allaitement maternel de l'INPES
- ☐ associations de soutien à l'allaitement (lact'écoute, leche league)
- ☐ je ne me suis pas renseignée
- ☐ Autre :

57 - Suite à ces périodes où vous aviez l'impression de manquer de lait, vous avez :

- ☐ arrêté l'allaitement
- ☐ commencé un allaitement mixte en introduisant des biberons de complément
- ☐ continué un allaitement exclusif (sein uniquement OU sein + biberons de lait maternel tiré)

57a. Précisez pourquoi :

Ajoutez vos éventuels commentaires

58. Commentaires libres :

Questionnaire - Allaitement et sensation de manque de lait

Merci de votre participation !

Je soutiendrai mon mémoire en juin 2015 sur le thème de la « sensation de manque de lait en cours d'allaitement ». Si vous souhaitez avoir le lien vers le mémoire ou le résumé, merci de me le préciser en m'envoyant un mail à c.servadio@gmail.com

Les réponses étant anonymes, vous recevrez 1 ou 2 relances mail automatiques... Comme vous venez de répondre au questionnaire, n'en tenez pas compte !

Bonne continuation à toutes les mamans,
Bien cordialement,

Charlotte Servadio, étudiante sage-femme en 4ème année.
Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand
c.servadio@gmail.com

Ce formulaire a été créé à l'aide de Google Forms.
[Créer votre formulaire](#)

ANNEXE V . FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND



UdA | Université d'Auvergne



MAIEUTIQUE



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
CHU
CLERMONT
FERRAND

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Etude sur l'Allaitement Maternel, durée et difficultés rencontrées

Directeur du mémoire : *DORUT Agnès, adorut@chu-clermontferrand.fr*

Investigateur : *SERVADIO Charlotte, c.servadio@gmail.com*

Patiente :

- Nom : Prénom :
- n° de téléphone :
- Courriel (obligatoire) :
- Date d'accouchement :

Numéro d'anonymat de la patiente: | _ | _ | _ |

L'étudiante sage-femme, *Servadio Charlotte*, école de sages-femmes du C.H.U. Estaing.

Adresse : Ecole de sages-femmes, U.F.R. de médecine et pharmacie 28 place Henri

DUNANT, 63001 Clermont-Ferrand BP 38.

Tél : 04 73 75 03 15

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : "*Allaitement Maternel, durée et difficultés rencontrées.*"

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présenté l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme, ou les représentants des autorités de santé.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit

d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

Je certifie être affiliée au régime de la sécurité sociale.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'accepte de participer à l'étude sur *l'Allaitement Maternel, durée et difficultés rencontrées* et d'être recontactée par mail dans 2 à 3 mois afin de remplir un questionnaire en ligne.

L'étudiant(e) sage-femme		Patient	
Nom, prénom	SERVADIO Charlotte	Nom, prénom	
Date	Le 15 mars 2014	Date	
Lieu	A Clermont-Ferrand	Lieu	
Signature		Signature	

Fait en deux exemplaires originaux

ANNEXE VI . LETTRE D'INFORMATION

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND



UdA | Université d'Auvergne



LETTRE D'INFORMATION

Allaitement maternel : durée et difficultés rencontrées

Investigateur :

- Nom : *SERVADIO*
- Prénom : *Charlotte*
- Courriel : *c.servadio@gmail.com*
- Service : Ecole de sage-femme
- Téléphone : 04 73 75 03 15

Mademoiselle, Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "*Allaitement maternel : durée et difficultés rencontrées*".

Avant de décider de participer à cette étude, il est important pour vous d'en comprendre l'objectif ainsi que ses implications. Prenez le temps de lire consciencieusement les informations suivantes, et d'en discuter avec vos proches. Si toutefois certains points manquent de clarté ou si vous avez besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter l'étudiant(e) sage-femme en charge de l'étude.

Si vous décidez de participer à cette étude, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

1. INTRODUCTION et OBJECTIF DE L'ETUDE

Vous avez décidé d'allaiter votre enfant pendant votre séjour à la maternité. En tant que professionnels de santé, nous ne disposons que de peu d'informations sur « l'après » : sur le déroulement et les durées d'allaitement à votre retour à domicile. Ces informations nous permettront d'améliorer les informations et l'accompagnement donnés aux futures mamans et aux jeunes mamans.

2. METHODE DE L'ETUDE

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez recontactée par mail 2 à 3 mois après votre accouchement, afin de remplir un questionnaire en ligne.

3. CONFIDENTIALITE

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle Charlotte Servadio, étudiante sage-femme vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche.

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, ou à d'autres entités du C.H.U. de Clermont-Ferrand.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Dans le cas où vous retirez votre consentement en cours d'étude et sauf opposition écrite de votre part, nous effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles recueillies préalablement à votre retrait de consentement.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin ou d'une sage-femme de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès de l'étudiant(e) sage-femme qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

4. PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences sur la qualité des soins qui vous seront prodigués. Dans ce cas, vous devez informer l'étudiant(e) sage-femme de l'étude de votre décision.

L'étudiant(e) sage-femme de l'étude peut décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment sans votre consentement préalable. Si cela devait se produire, vous en serez averti(e) et les raisons vous seraient expliquées.

5. RISQUES

Il n'existe aucun risque médical à répondre à cette étude. Nous vous rappelons qu'en cas de besoin, l'étudiant(e) sage-femme en charge de l'étude peut répondre à toutes vos questions.

6. BENEFICES

Les bénéfices attendus de cette étude seront d'améliorer la prise en charge, l'information et l'accompagnement des femmes qui allaitent. Nous souhaitons en effet toujours améliorer nos pratiques professionnelles...

7. OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Si vous le souhaitez, Charlotte Servadio, l'étudiante sage-femme de l'étude, que vous pourrez joindre à l'adresse suivante c.servadio@gmail.com, pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude : *"Allaitement maternel : durée et difficultés rencontrées"*.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche par l'étudiant(e) sage-femme de l'étude.

8. PROTECTION DES PERSONNES

Cette étude sera menée conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 ainsi qu'aux textes réglementaires relatifs à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales.

La participation à cette étude nécessite que vous soyez affilié(e) ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale.

Date et Signature de l'étudiant(e) sage-femme de l'étude :

Le 10 mars 2014
Charlotte Servadio

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de recueil de consentement en deux exemplaires. Vous conserverez cette lettre d'information.

ANNEXE VII . RÉPONSES QUALITATIVES

57a précisez pourquoi (suite à ces périodes où vous aviez l'impression de manquer de lait, vous avez, soit arrêté l'allaitement, soit passé à un allaitement mixte, continué un allaitement exclusif) :

Femmes ayant arrêté de l'allaitement :

- Je sentais que je n'avais pas assez de lait et j'étais très stressée.
- C'était la fin de mon séjour en maternité et mon nouveau-né perdait toujours plus de poids. Malgré de nombreux efforts pour stimuler la lactation (DAL, tire-lait, mise au sein longues et fréquentes...etc...), je n'ai pas fait de montée de lait. J'ai dû passer aux biberons à contre cœur...
- Je ne m'en sortait plus et n'étais pas sereine face à mon allaitement
- J' ai allaité ma fille pendant 15 jours uniquement, car elle avait perdu du poids et cela m'inquiétait beaucoup. J'ai commencé par lui donner des tétées + des biberons de compléments de 60ml, suivant les conseils de ma sage femme. Dès le début elle terminait les 60ml, donc nous avons augmenté les doses. En parallèle j'ai tenté de tirer mon lait mais ai très rapidement arrêté au vu des petites quantités que j'obtenais.

Femmes ayant débuté un allaitement mixte :

- Je n'ai jamais eu de montée de lait visible. La quantité que je produisais était toujours insuffisante.
- Bébé avait faim et il est costaud 1kg par mois 5,700 au deuxième mois. Je commence à ce jour 2 biberons par jour au lieu d'un effectués tous les soirs depuis toujours.
- suite aux crevasses, j'ai toujours tiré mon lait et suis passée assez rapidement à un allaitement mixte. Il est donc facile de constater que au bout de deux mois, j'avais plus de difficulté à tirer suffisamment de lait. Le bébé est actuellement en cours de sevrage complet.
- Bébé pleurait bcp et n'était jamais rassasié donc biberon de lait en poudre en complément
- Utilisation du tire lait pour nourrir mon bébé avec du lait maternel car elle refusait la tétée
- car une fois mon lait tiré je n'avais plus assez de lait pour la tétée suivante. j'ai complètement arrêté l'allaitement mixte car même le matin je n'avais plus assez de lait et mon bébé pleurait beaucoup et en avance par rapport à l'heure de la prochaine tétée.
- l'allaitement ne me plaisait pas forcément
- J'étais fatiguée, j'en avais marre d'avoir mon bébé au sein toute la journée. Il avait faim et je n'arrivais pas à lui donner autant. Avec la pression des pleurs du bébé et mon conjoint qui me poussait à lui donner un biberon, j'ai craqué. Après le premier biberon ça allait beaucoup mieux, il semblait bien repu. Ça m'a incité à recommencer et finalement faire mixte.
- "Je me sentais fatiguée et de moins en moins motivée à allaiter, le sevrage mixte me rassurait pour le bon développement de mon bébé mais aussi dans le fait qu'une tierce personne : le papa pouvait aussi nourrir bébé"
- Bébé ne voulait pas téter quand je manquais de lait.
- Habitué depuis la naissance au biberon, j'ai augmenté les doses de biberon tout en continuant l'allaitement.
- Bébé avait besoin de manger plus. Sa courbe de poids n'était pas assez concluante. La pédiatre m'a conseillé l'allaitement mixte. Je continue à l'allaiter pour lui donner le maximum d'anticorps.
- Crainte que ma fille ne boive pas suffisamment
- Parce que je n'avais presque plus de lait
- Parce que j'étais découragée et que mon bébé avait clairement faim. D'ailleurs quand il buvait le biberon de complément il était rassasié et très calme après.
- l'allaitement mixte (avec 2/3 de complément) a débuté avec l'hospitalisation de ma fille à 10 jours et s'est poursuivi au retour à la maison soit une durée totale de presque un mois.
- mixte car pas assez de lait maternel pour nourrir l'enfant

Femmes ayant poursuivi un allaitement exclusif :

- Problème rapidement résolu. Lactation stimulée par le tire-lait.
- J'étais au courant de ces pics de croissance, et ma SF m'avait dit que si le nombre de selles était habituel alors c'est qu'il mangeait bien, alors j'ai tenu bon!

- Car je ne veux qu'un allaitement exclusif et que si on introduit du lait artificiel il me semble que le bébé tête moins et il y a donc une baisse de lactation
- L'impression de manque de lait n'était pas longue (fin de journée quand la fatigue se fait sentir)! et la courbe de poids de mon enfant n'en a pas été affectée.
- j'étais convaincue que l'AM était la meilleure façon de nourrir mon bébé, je suis passée au dessus, j'ai patienté et aujourd'hui je pense avoir assez de lait pour le nourrir
- je voyais que ma fille était en bonne santé. j'attendais de voir si ce manque allait duré, et il ne durait pas.
- après avoir lu sur internet qu'il existait des poussées de croissance chez le bébé, ce qui m'a effectivement été confirmé par le pédiatre, je ne me suis pas alarmée et ai continué mon allaitement tranquillement, en donnant le sein de manière plus fréquente.
- Car c'était juste des périodes de croissance et ne souhaite sous aucune forme donner du lait artificiel a mon enfant
- La lactation a repris normalement et j'ai de nouveau donné qu'un seul sein après une seule période de 48h ou j'ai eu la sensation de ne pas avoir assez de lait
- Je savais que ça n'allait pas durer et par motivation pour le bien être de mon bébé
- sachant que ces situations risquaient de se produire j'ai préféré prendre mon mal en patience pour ne pas risquer de perturber réellement mon allaitement.
- J'aimerais bien donner le sein à mon bébé car le lait de sein mieux que le lait artificiel
- Je souhaite réellement continuer a l'allaiter car je sais que c est ce qu'il y a de mieux pour lui!
- peur de ne plus pouvoir allaiter exclusivement par la suite si complément alimentaire et courbe de poids du bébé normale.
- Je ne voulais pas commencer l'allaitement mixte
- J'ai choisi de continuer car mon petit mangeait bien malgré ça, il continué a régurgiter un peu, donc la présence de lait était indéniable malgré la sensation molle de mes seins. Le tire lait confirmait la présence du lait pour me rassurer et pour apaiser la fatigue éventuelle.
- "Pendant l'hospitalisation de ma fille, comme elle avait perdu la force de téter, ma production s'est très affaiblie, même en tirant le lait chaque jour. J'ai pu revenir à un allaitement exclusif grâce à l'association locale Lact'écoute. Une mère bénévole m'a appelée tous les soirs pour me conseiller et me soutenir pendant plus de 2 semaines."

58. Commentaires libres :

Parmi des femmes allaitant toujours exclusivement à 2 mois :

- Bon courage
- Bon courage!
- En tirant si peu de lait, j'ai craint de n'avoir que peu de lait à donner. finalement je pense qu'un tirage volontaire est de toute façon moins efficace que la tétée d'un bébé."
- J'ai apprécié d'allaiter mon bébé, le lien qu'on recent a ce moment. je recommencerais pour mon prochain enfant sans aucun doute.
- J'aimerais pouvoir lire votre mémoire quand il sera disponible. Bon courage pour la soutenance.
- J'étais totalement pour l'AM et je le suis toujours. c'est une merveilleuse expérience à partager avec son enfant. je ne regrette pas mon choix et mon fils se porte à merveille. le fait d'avoir contact avec une sage femme libérale en post couche est une aide non négligeable lorsqu'il y a des moments de doute ou des difficultés tel que les engorgements ou les débuts de lymphangite. merci pour le questionnaire
- Je considère que mon allaitement se passe très bien depuis le début à part ces 3 jours de sensation de manquer de lait 3 semaines après l'accouchement. Mais il est vrai que je me pose toujours beaucoup de questions dès qu'il pleure quand je le met au sein sans être anxieuse car il grossit très bien. A aucun moment je n'ai envisagé d'arrêter d'allaiter jusqu'à maintenant.
- je fus très étonnée de n'avoir jamais été informée sur le phénomène de "poussée de croissance" avant mon accouchement malgré ma très grande motivation à allaiter mon enfant. J'ai pourtant consulté une sage femme pour un cours sur l'allaitement avant mon accouchement. La première personne m'ayant parlé de ce phénomène est une jeune maman, ce qui m'a rassuré et m'a permis de reprendre confiance en ma capacité à nourrir mon enfant. Je pense que beaucoup de femmes arrêtent leur allaitement pour ces raisons. votre étude me semble très intéressante! j'aimerais beaucoup lire vos conclusions, ou votre mémoire !bonne fin d'études à vous
- Je n'avais pas pris conscience de la difficulté de l'allaitement; pas de relais possible or le petit tête maxi toutes les 2 heures. Je vais commencer l'allaitement mixte mais pour l'instant bébé refuse le biberon.
- Je remplis ce questionnaire alors que ma fille a 4 mois et que je viens de reprendre mon travail (avec

maintien du temps plein).24 : accouchement à la maison (initialement prévu au CHU)38 très anxieuse au retour à la maison puis pendant la 1ère semaine à cause des nombreux pleurs et tétées très fréquentes la nuit)43 les signes ont changé depuis, la 1ère semaine c'était dès qu'elle pleurait45 ma fille a fait ses nuit à l'âge de 2 mois et demi. Bon courage pour votre étude

- Le fait de manquer de lait était juste une impression, c'était durant son pic de croissance. Ça a duré une petite semaine. Les débuts de l'allaitement sont très difficiles, mais j'ai persévéré et maintenant je suis très contente d'avoir continué et je continuerai de l'allaiter ma fille jusqu'à ses 6 mois, si je peux.

- le plus difficile avec l'AM c'est de **ne pas savoir si le bébé a suffisamment bu par rapport à un biberon gradué.** le moment de la pesée est alors assez stressant. quand pendant les 4 premiers jours de retour à la maison, mon bébé n'avait pas pris de poids, le personnel de l'hôpital m'a fait peur en me disant que mon lait n'était peut-être pas bon, qu'il fallait que je réveille mon bébé la nuit pour lui donner une tétée en plus (il faisait alors des nuits de 6 heures et avait 7 tétées / 24 heures, en rentrant à la maison j'étais assez découragée et angoissée, mais une amie m'a remonté le moral.

- Merci et Bon courage pour vos études

- On peut avoir la sensation de manquer de lait mais très vite se rendre compte que **ce n'est qu'une impression.** Les montées de lait se font quand même et lorsque bébé prend le sein la présence de lait est bel et bien visible. Il faut se faire confiance et être à l'écoute de son bébé. Même lorsque l'on croit manquer de lait (ce qui arrive parfois) on doit se fier aux selles, aux pipis de notre enfant et se dire que s'il ne pleure pas plus qu'à son habitude c'est qu'il prend certainement une quantité suffisante de lait, quitte à réduire l'espacement entre 2 tétées. La quantité d'eau consommée par la maman aide aussi, n'étant pas une grande buveuse je me suis aperçue que cela pouvait avoir une influence.

- "Sentiment de manquer de lait pour son bébé **très frustrant et presque culpabilisant pour la maman** (même si pas de raison objective car somme toute passage normal). **Personnellement, je ne me suis pas sentie assez informée de cet état "normal" lors grossesse / séjour à la maternité (justes quelques bribes d'informations).** Plutôt discussions avec entourage (sœurs et belle sœur ayant allaité) qui m'ont rassuré et m'ont encouragé à continuer allaitement exclusif. sans cela j'aurais pu passer à allaitement mixte voire fin allaitement, ce qui aurait été fort dommage à la fois pour la santé de bébé et rapport fort bébé/maman..."

- Si je devais recommencer je le ferais. Pour ma part l'allaitement est un contact profond et exclusif avec l'enfant. Ça crée des liens forts et uniques. Chaque moment est à savourer.

- Tout ce passe à merveille, il suffit de suivre son corps et les demandes de son bébé, la nature est tellement bien faite, rien de plus simple.

Parmi les femmes pratiquant un allaitement mixte à 2 mois :

- Alimentation mixte des les premiers 15 j car absence de montée de lait effective. Persistance et motivation ont amené à ce jour à donner le sein 4 à 5 fois par jour complètement systématiquement par un biberon. Bébé prend le sein à la demande lors de douleurs au ventre ou agacement. Production de lait en augmentation mais toujours insuffisante pour un allaitement exclusif. Rythme très confortable pour maman et bébé, bienfait de l'allaitement corrèle à une certitude de satiété.

- allaiter ma fille c'est un moment de communication avec elle je continuerais à lui donner le sein malgré sa petite quantité

- c'est vraiment incroyable comment l'allaitement est très bien lié avec mon fatigue et mes émotions. j'étais surprise. ET quand je me doutais c'était le pire;;;je dois être vraiment confiante sur moi-même...Si non, je vais être déprimé et je vais manquer du lait/pardon pour mon français, et Merci pour votre travail

- Il est important d'être informée avant et pendant concernant l'allaitement et d'être accompagnée et soutenue. Je trouve que l'allaitement mixte m'a permis de continuer d'une manière plus sereine l'allaitement au sein: j'étais sûre que mon bébé n'aurait plus faim en poursuivant avec un biberon. De plus, il me permettait d'avoir des relais, des moments pour souffler et faire autre chose (car souvent l'impression de ne faire que ça) et d'impliquer son papa, ce qui est très agréable pour lui comme pour moi. Et enfin, la satisfaction de me dire que ma fille a pu quand même boire mon lait, une expérience intéressante, et attendrissante, et pu bénéficier des "bienfaits" du lait maternel.

- j'alterne le lait artificiel et mon lait car j'ai pas assez de lait à chaque fois ou ce n'est pas assez nourrissant pour mon bébé; Donc je donne le sein une fois sur deux comme ça les seins ont le temps de se remplir; Je bois les tisanes, homéopathie, levure de bière. Ça améliore mais pas pour donner l'AM exclusif mais j'essaie quand même réussir

- Je fais un allaitement mixte mais mon loulou refuse depuis pratiquement 3 semaines il veut que le sein et prend le bib difficilement du coup je suis très fatigué ..

- L'accompagnement des sage-femmes et des auxiliaires puéricultrices à l'hôpital a été excellent et d'une grande aide dans la réussite de l'allaitement.

- Le premier mois un peu perdu car je ne savais pas que bébé demandait la tétée pour se soulager des coliques et alourdissait ses douleurs. Je pensais qu'il manquait de lait. Et l'on m'avait parlé des "teteurs fou" j'ai été renseignée pas le pédiatre à la consult du premier mois
- N'ayant pas eu mon fils avec moi à sa naissance! L'allaitement est pour moi un lien très fort avec lui car on est inséparables!

Parmi les femmes ayant arrêté l'allaitement à 2 mois (allaitement artificiel)

- C'est très compliqué d'allaiter et je trouve que les femmes ne sont pas assez suivies et comprises. Dans mon cas les tétées durées entre 45min à 1h par sein, en sachant que je donnais les deux, et qu'entre chaque tétée j'avais un intervalle de à peine 45min puisque elle réclamait toujours toutes les 2h30. Mais si j'ai un autre enfant, je sais maintenant quoi faire pour ne pas refaire les mêmes erreurs. Déjà à la maternité, dès qu'il y avait un cri, elle me faisait mettre mon bb au sein pendant longtemps ce qui a provoqué mes crevasses et ma fatigue. Donc en fait mon bb était tout le temps pendu après mon sein alors qu'avec le recul maintenant je sais que ce n'était pas ça qu'il fallait faire.....Mais c'est ce qui a provoqué mes crevasses et donc la difficulté à continuer mon allaitement. Je pense qu'il aurait fallu, que je mette mon bb au sein pendant pas plus de 5 min à chaque sein, puis lui donner un complément le temps que mon lait monte. Ensuite j'aurais remplacé les compléments (bien sûr après chaque tétée) par le sein de plus en plus longtemps suivant ma montée de lait. Je suis très déçu de ne pas avoir pu aller jusqu'au bout de mon allaitement car la fatigue était trop importante et le suivi pas suffisant je pense. Il est très facile de "laisser tomber" quand on voit son bb repu avec les biberons instantanés. On se sent seul.....
- ce qui m'a le plus angoissée pendant l'allaitement c'est de ne pas savoir la quantité de lait prise par mon bébé.merci et bon courage
- j'ai allaité parce que mon ami voulait que j'allait. Mon allaitement marchait très bien ma fille prenait du poids c'est juste que moi je ne voyais pas ce que elle buvait et sa m'inquiète j'avais l'impression qu'elle ne tétait pas assez alors qu'elle grossissait très bien mais bon c'est assez fatiguant papa ne participe pas donc il ne peut pas prendre un petit peu le relais du coup j'ai intégré 1 biberon tout les trois jours et aujourd'hui ma fille est entièrement au biberon
- J'ai arrêté d'allaiter ma fille suite à ma montée de lait ! La sage-femme de la maternité ce jour-là s'est rendue compte que ma fille positionnait mal sa langue, ce qui l'empêchait de prendre suffisamment de lait et me provoquait des crevasses très douloureuses. L'allaitement devenait un enfer ! On m'a demandé de ne pas la nourrir de plus de 6h pour l'affamer afin qu'elle soit plus motivée à téter. Elle hurlait ! J'étais à 4 pattes sur mon lit avec un tire-lait qui ne fonctionnait pas!!! L'horreur !!! je ne regardais pas ma fille mais me concentrais uniquement sur l'allaitement ! Je ne voulais pas faire vivre ça à mon bébé ; j'ai décidé de tout arrêter ! J'ai découvert ma fille quand je lui ai donné le premier biberon, 4 jours après sa naissance ! je suis déçue de devoir lui donner du lait en poudre; mais d'un autre côté, je suis heureuse de la voir grandir et s'épanouir. A la maternité j'avais l'impression d'être mère que lorsque j'allaitais (et comme l'allaitement était difficile, il était difficile pour moi de me sentir bien). Du moment que j'ai commencé à donner le biberon à ma fille, je me suis sentie mère, j'ai trouvé ma place et chaque moment avec ma fille a pris de l'importance!
- j'avais beaucoup de lait de la montée de lait jusqu'à peu près deux semaines après, mais mon bébé ne prenait pas le sein alors j'étais obligée de tirer mon lait. j'ai donc arrêté d'avoir du lait deux semaines après la montée de lait et je suis passée au biberon. de plus le fait de tirer le lait me fatiguer était contraignant et j'avais des crevasses sur la poitrine.
- Je n'ai jamais eu la sensation de manquer de lait. Mais par prévention, j'ai bu des tisanes d'allaitement et énormément d'eau. Je pense au contraire que cela a peut-être favorisé l'engorgement.
- Je n'avais pas la sensation de manquer de lait, mais les professionnels de santé à la mater me l'ont dit car mon bébé a fait plusieurs hypoglycémies. Moi je ne ressentais pas de manque de lait, je ne savais pas.
- Je ne m'attendais pas à ce que l'allaitement soit si compliqué, fatiguant et prenant
- Je pense qu'il faudrait que les futures mamans allaitantes soient beaucoup mieux informées sur le tire lait. Mon allaitement a commencé à être défectueux lorsque j'ai commencé à tirer mon lait. En effet, je donnais le sein gauche par exemple et je tirais le lait du sein droit, du coup 3h plus tard, heure de la tétée suivante, je n'avais plus assez de lait dans le sein droit du coup je donnais les 2 mais mon bébé s'énervait, j'ai donc fini par le mettre au sein une fois sur deux en alternance avec le biberon de lait maternel et le soir biberon de lait artificiel pour compléter et c'est dommage!!! Je trouve que les futures mamans ne sont pas assez informées sur le tire lait et comment bien faire pour tirer son lait à quels moments... pour que cela soit bénéfique!!
- "Je pense que ma forte anémie après l'accouchement (6,8 d'hémoglobine) et ma fatigue sont responsables de l'échec de mon allaitement"
- Je pense que si j'avais été un peu plus guidée et soutenue, y compris à mon retour à domicile, j'aurais

persévéré et réussi à nourrir mon enfant.

- "Je souhaitais allaiter pendant ma grossesse je voulais vivre cette expérience purement féminine. suite à la naissance, cet échange avec bébé nous a permis de ns découvrir d'avoir des tps ensemble, tendres et doux. toutefois, j'avais par instants des moments d'angoisses où j'avais peur de ne pas nourrir suffisamment bébé; où je ressentais le besoin d'arrêter pour retrouver mon statut de femme et non pas uniquement de mère."

- L'allaitement ce n'est pas facile. Le plus dur est au départ, un jour pas assez de lait, le lendemain trop de lait... Je ne regrette pas de l'avoir fait pendant 6 semaines, mais finalement le biberon est pour moi beaucoup moins contraignant !

- l'allaitement est très compliqué suite à une césarienne la récupération est très longue puis la naissance du bébé qui ne fait pas ses nuits, l'horaire est complètement perturbé pour la nouvelle maman donc entre la fatigue de fin de grossesse plus la nouvelle adaptation de vie rend l'allaitement difficile, en effet l'hôpital n'est pas l'endroit idéal car trop des visites puis à la maison le manque d'expérience rend les mamans angoissés ce qui empêche la montée de lait.

- Le fait d'avoir "raté" mon allaitement a été assez difficile car je souhaitais vraiment allaiter mon bébé pendant au moins 4 mois. C'était un projet d'avant grossesse. Avec le recul, je sais que cela est très certainement dû au stress, j'étais extrêmement tendue/raidie pendant les tétées, et n'avait pas la sensation que ma fille déglutissait suffisamment. Je n'ai pas réussi à me détendre malgré le très bon accompagnement de ma sage femme et du personnel de la maternité du CHU Estaing.

- Pas eu assez d'information concernant ces désagréments, du coup j'ai introduit des biberons qui ont fait que mon bébé prenait moins bien au sein. Arrêt de l'allaitement très rapide suite à cela. Je regrette de ne pas avoir pu allaiter plus.

ANNEXE VIII . PROTOCOLE POUR AUGMENTER L'INGESTION DE LAIT MATERNEL PAR LE BÉBÉ.

Feuillet N°29 du Dr. Jack Newman

Voici la manière dont je procède en cas de « production insuffisante de lait » (en réalité la plupart des mères en ont ou auraient pu en avoir suffisamment mais le problème est que le bébé n'obtient pas le lait disponible).

1. Assurer la meilleure prise du sein possible. Cela doit être démontré et observé par une personne compétente. N'importe qui peut regarder le bébé au sein et dire que la prise du sein est correcte. Le schéma accompagnant ce texte, ou celui disponible au site internet ci-dessous montre comment obtenir une bonne prise du sein. Si la mère a amplement de lait, la prise ne doit pas obligatoirement être parfaite. Toutefois, si la production lactée est moindre, le bébé obtiendra plus de lait si la prise est meilleure. Obtenez l'aide en personne de quelqu'un de compétent. Visionnez les vidéos démontrant comment faire la mise au sein ici.

2. Savoir reconnaître les signes que le bébé obtient du lait. Lorsque le bébé boit du lait (et ce n'est pas nécessairement le cas seulement parce qu'il a le sein dans la bouche et fait des mouvements de succion), il ouvre sa bouche très largement, et au moment où sa bouche est ouverte au maximum, il fait une pause perceptible que vous pouvez aussi observer si vous regardez son menton, puis il referme sa bouche, le cycle de succion étant donc la cadence complète: ouvre grand la bouche – pause – referme. Si vous voulez vous le démontrer, mettez l'index ou autre doigt dans la bouche et sucez comme vous le feriez avec une paille. Alors que vous sucez, votre menton s'abaisse et reste en bas tant que vous sucez. Quand vous cessez de sucer, votre menton remonte. Chacune de ces pauses correspond à la prise d'une gorgée de lait lorsque le bébé le fait au sein. Plus la pause est longue, plus le bébé boit de lait. Lorsqu'on reconnaît la pause, on peut éliminer une foule d'absurdités que se font dire les mères qui allaitent, comme de «faire téter le bébé 20 minutes chaque côté». Un bébé qui tète de cette façon (avec les pauses) pendant 20 minutes d'affilée peut très bien ne pas téter du deuxième côté. Un bébé qui « tétouille » (ne boit pas) pendant 20 heures aura encore faim lorsqu'il relâchera le sein. Vous pouvez observer cette « pause » sur les vidéos ici.

3. Lorsque le bébé ne boit plus de sa propre initiative, utiliser la compression du sein pour augmenter le débit du lait. La compression du sein peut être particulièrement utile, mais n'oubliez pas d'abord d'essayer d'avoir la meilleure prise possible. Les bébés ont tendance à tirer le sein lorsque le débit de lait est lent, alors il est utile de savoir reconnaître que le bébé reçoit du lait, plutôt que de téter sans boire. Lorsque le bébé ne semble plus recevoir du lait, et tète sans boire, c'est le moment de commencer la compression, quand le bébé tète, mais ne boit pas. Garder le bébé au premier sein jusqu'à ce qu'il ne boive plus, même avec la compression. Voir l'article n° 15 La compression du sein. Vous pouvez voir comment utiliser la compression sur les vidéos ici.

4. Lorsque le bébé ne boit plus même avec la compression du sein, changer de sein et répéter le processus. Continuer d'alterner tant que le bébé reçoit une quantité de lait raisonnable.

5. Essayer le fenugrec et le chardon béni. Ces deux herbes semblent augmenter la production de lait et augmenter le débit de lait. Vous pourrez trouver de plus amples informations dans l'article n° 24 Feuilles de chou, herbes, lécithine .

6. Dans la soirée lorsque les bébés veulent souvent être au sein pendant de longues périodes, se faire aider pour placer le bébé de manière à pouvoir allaiter allongée. Laisser le bébé téter et se laisser gagner par le sommeil. Louer des vidéos et laisser le bébé téter pendant que vous les regardez.

7. Il n'est pas toujours facile de décider si le bébé a besoin de compléments. Parfois le fait d'appliquer ce protocole pendant quelques jours suffit pour faire augmenter le gain de poids. Quelquefois une croissance plus rapide est nécessaire, et peut être impossible sans suppléments. Si possible, utiliser du lait maternel

d'une banque de lait comme complément. S'il n'y en a pas de disponible, un lait artificiel peut être nécessaire. Cependant, parfois une croissance lente mais constante est acceptable. La principale raison qui pousse à s'inquiéter à propos de la croissance est qu'une bonne croissance est un signe de bonne santé. Un bébé qui grossit bien est habituellement en bonne santé, mais ce n'est pas toujours vrai; pas plus que de dire qu'un bébé qui grossit lentement est en mauvaise santé. Cependant les médecins s'inquiètent pour un bébé qui grossit plus lentement que la moyenne. Les courbes de croissance sont souvent mal interprétées. Un bébé qui suit la courbe du 10e percentile grandit comme il se doit. Trop de personnes, incluant des médecins, croient que seuls les bébés au 50e percentile ou plus grandissent normalement. C'est faux. Les courbes de croissance ont été développées à partir d'informations compilées sur des bébés normaux. Quelqu'un doit être plus petit que 90% de tous les autres bébés. Quelqu'un de normal.

8. Si la décision de compléter est prise, la meilleure façon de le faire est de compléter au sein avec un dispositif d'aide à l'allaitement (DAL ou DAA), et non avec un biberon, une seringue, une tasse ou au doigt (voir l'article Utilisation d'un Dispositif d'Aide à la Lactation). Compléter seulement après avoir procédé aux étapes 3 et 4 ci-dessus et lorsque le bébé a tété à chacun des seins. Pourquoi le dispositif d'aide à la lactation est-il meilleur?

- * les bébés apprennent à téter au sein en tétant au sein
- * les mamans apprennent à allaiter en allaitant
- * le bébé continue de recevoir votre lait
- * le bébé ne refusera pas le sein
- * l'allaitement, c'est aussi plus que le lait maternel

9. Si le bébé est âgé de plus de 3 ou 4 mois, et que la supplémentation semble être nécessaire, un lait artificiel n'est pas essentiel et les calories supplémentaires peuvent lui être données par des aliments solides. Les premiers solides peuvent inclure la banane écrasée, de l'avocat écrasé, de la purée de pommes de terre ou de patates douces, des céréales pour bébé, autant que le bébé en prendra et après que le bébé aura tété, s'il a toujours faim. Même à cet âge, donner des bouteilles lorsque le bébé ne reçoit pas assez au sein aura souvent pour conséquence le refus de téter au sein. Si vous devez donner un lait artificiel, mélangez-le à la nourriture solide. Lorsque tout va bien, il n'est pas recommandé de donner des solides à 3 ou 4 mois. Même si le gain de poids est lent, il y a plusieurs façons d'augmenter l'ingestion de lait maternel à essayer avant d'offrir des solides. L'alimentation solide doit normalement être commencée quand le bébé se montre intéressé (habituellement autour de l'âge de 5 ou 6 mois).

10. Si la croissance de votre bébé était bonne durant les premiers mois et semble maintenant devenir trop lente, voir le feuillet n° 25 Gain de poids lent après les premiers mois. On y discute les raisons qui peuvent expliquer la diminution de la production lactée. Faites les changements possibles, et ensuite suivez ce protocole.

11. La dompéridone est une possibilité. Ce n'est pas une panacée ni une pilule miracle (voir les articles 19a et 19b sur la dompéridone).

Haut de Page

Traduction de l'article « Protocol to increase the intake of breastmilk by the baby (« Not enough milk ») » par Jack Newman, MD, FRCPC © 2005

révisé en janvier 2005

Version française, mai 2005, par Stéphanie Dupras, IBCLC, RLC

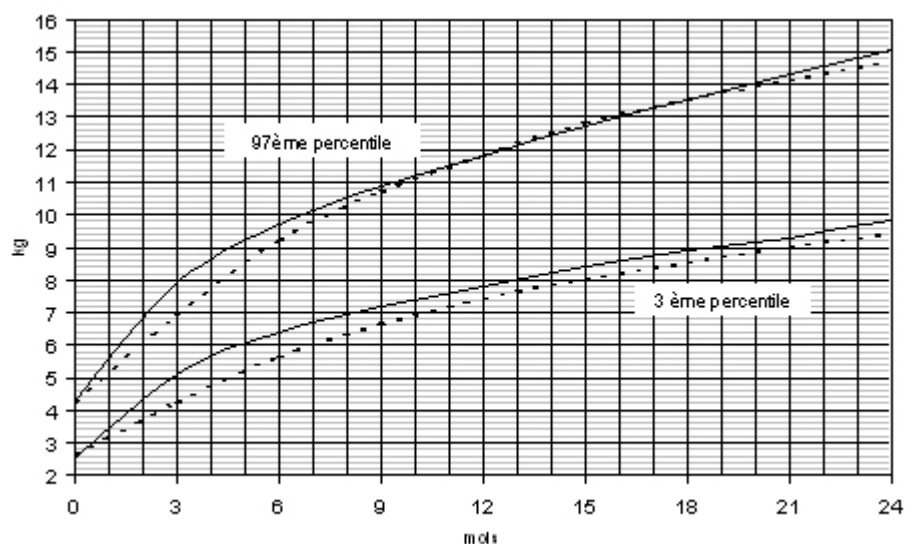
Peut être copié et diffusé sans autre autorisation, à condition qu'il ne soit utilisé dans aucun contexte où le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'OMS est violé.

ANNEXE IX . COMPARAISON DES COURBES DES POIDS OMS ET DU CARNET DE SANTÉ FRANÇAIS

GARÇONS

Comparaison du 97ème percentile (en partie haute) et du 3ème percentile (en partie basse) pour les 24 premiers mois des bébés garçons entre :

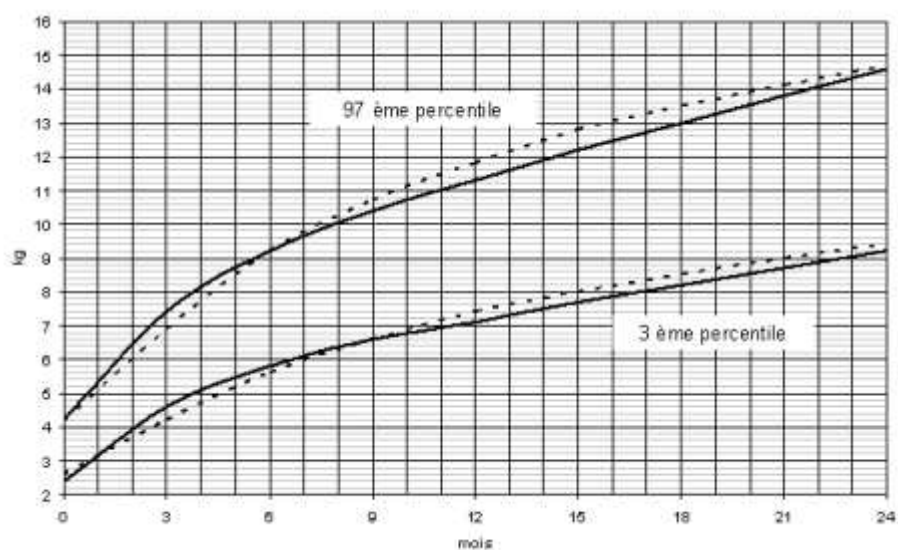
- les données OMS (trait fort) ;
- les données du carnet de santé français (trait pointillé).



FILLES

Comparaison du 97ème percentile (en partie haute) et du 3ème percentile (en partie basse) pour les 24 premiers mois des bébés filles entre :

- les données OMS (trait fort) ;
- les données du carnet de santé français (trait pointillé).



A la naissance et dans les premiers jours

La plupart des bébés vont perdre du poids dans les premiers jours qui suivent la naissance. Cette perte de poids est physiologique, le bébé passe du monde utérin, où il baigne dans le liquide amniotique, au milieu aérien. Plus le bébé va recevoir de colostrum, ce lait particulièrement adapté que fabrique la mère depuis le deuxième trimestre de la grossesse, plus la perte de poids est limitée. Ceci justifie toutes les recommandations françaises sur l'intérêt de commencer l'allaitement le plus tôt possible dès la naissance et de favoriser les tétées fréquentes, au moins 8 fois par 24 h et souvent, bien plus. Cette façon d'allaiter dite « à la demande », qu'on pourrait plus justement appeler « au signal d'éveil », n'est efficace que si les tétées le sont.

Les parents devraient savoir que :

- la capacité de l'estomac de leur bébé est petite à la naissance, en moyenne 5 ml (une petite bille) ; les petites quantités de colostrum (entre 35 et 50 ml le premier jour) que délivre le sein respectent donc parfaitement cette donnée physiologique ;
- la plupart des bébés ont un rythme irrégulier de tétées, dormant plusieurs heures puis disposés à téter entre 5 et 10 fois sur 2 ou 3 heures ;
- il n'est pas souhaitable d'attendre que le bébé pleure pour le mettre au sein ; on peut proposer le sein à un bébé quand il est éveillé et calme et même quand il dort en phase de sommeil paradoxal (repérable par exemple aux mouvements des yeux derrière les paupières) ;
- le bébé reçoit d'autant plus de lait qu'il est placé dans une position confortable, bien tenu contre sa mère ;
- la sensibilité des seins est normale la première semaine, une vraie douleur doit inciter à rechercher de l'aide auprès d'une personne compétente qui observera une tétée complète.

Les protocoles de maternité prévoient une intervention quand la perte de poids du bébé atteint 10 % de son poids de naissance. Plus un bébé perd de poids, plus il a tendance à dormir et parfois à réclamer moins vigoureusement à téter, et plus l'allaitement peut être difficile à mettre en place. Il est nécessaire de revoir la conduite de l'allaitement et l'efficacité du bébé au sein si :

- la perte de poids dépasse 7 % du poids de naissance ;
- le bébé continue à perdre du poids au 4ème jour de vie ;
- le bébé ne reprend pas de poids au 5ème jour ;
- le bébé n'a pas repris son poids de naissance au 10ème jour.

Rappelons que pendant les 4 à 6 premières semaines de vie, un bébé exclusivement allaité qui reçoit la quantité de lait adaptée à ses besoins, mouille d'urine 6 couches jetables et fait au moins 3 selles moyennes sur 24 heures. Par selle moyenne, on entend une selle aussi grosse que la paume du bébé. Passés les 5 premiers jours, les selles sont molles ou franchement liquides, de couleur jaune à marron vert.

Source : Danièle Bruguières, consultante en lactation certifiée IBCLC, formatrice en allaitement maternel (AM-F, CREFAM), Allaiter Aujourd'hui n° 71, LLL France, 2007 [en ligne] <http://www.lllfrance.org/Allaiter-Aujourd'hui/AA-71-La-prise-de-poids-des-bebes-allaites-les-nouvelles-donnees-de-l-OMS-et-les-donnees-francaises.html>

RÉSUMÉ

En France, dans la littérature, la perception maternelle d'une insuffisance de lait est la raison la plus fréquemment mentionnée pour la cessation précoce de l'allaitement (38 % des cas) ou l'introduction de préparations commerciales pour nourrissons. En 2012, 22,5% des bébés français étaient encore allaités à 6 mois, dont seulement 10,5 % de façon exclusive, alors que l'OMS recommande un allaitement exclusif de 6 mois.

Notre étude, menée auprès des primipares allaitant leur enfant en sortie de maternité du CHU Estaing de Clermont-Ferrand, entre le 24 mars et le 27 mai 2014, a montré une très grande prévalence de périodes de perception de manque de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement. En effet, 76,7% des femmes ont déclaré avoir eu cette sensation d'insuffisance de lait au cours des 2 premiers mois d'allaitement (IC95% =[67,3 – 84,5]).

Ces périodes d'insuffisance de lait ont d'importantes conséquences sur la poursuite de l'allaitement car, à l'issue de ces périodes, seulement 43,6 % des mères poursuivent un AM exclusif. L'étude a également permis de caractériser plus en détails ces périodes.

Des liens statistiquement significatifs avec la survenue d'épisodes de sensation de manque de lait ont été seulement mis en évidence avec le fait que l'enfant ait une tétine. En revanche, des liens statistiquement significatifs ont été mis en évidence entre le fait de donner un biberon de lait artificiel lors de sensations de manque de lait et l'IMC de la femme, sa motivation à allaiter, son niveau de confiance en elle et en sa capacité à nourrir son enfant, les tétées nocturnes, la fréquence, la durée et l'intensité de ces périodes, l'impression de manquer de lait dès le séjour en maternité, la courbe de croissance de l'enfant, la poursuite de l'allaitement et le mode d'allaitement à 2 mois. En revanche, de façon surprenante par rapport à la littérature, notre étude n'a pas montré de lien entre le fait de donner du lait artificiel ponctuellement en maternité (avec une très forte prévalence : 73,8%) et le mode d'allaitement à 2 mois ou la survenue de périodes de manque de lait.

Cette étude montre qu'il faut améliorer l'accompagnement, l'information et la prévention auprès des femmes. Une consultation d'allaitement devrait être systématisée entre j8 et j15. La formation des professionnels de santé est elle aussi à poursuivre.

Mots clés : Allaitement maternel, insuffisance de lait primaire, insuffisance de lait secondaire, perception d'une insuffisance de lait, incidence, poussées de développement

ABSTRACT

In France, various studies show that mother's perception of insufficient milk supply is the first reason of early weaning (38% of the cases), and early introduction of baby formulas. In 2012, 22.5 % of French infants were still breastfed at the age of 6 months, and among them 10.5% were exclusively breastfed. This duration for breastfeeding meets neither the expectations of women nor the standards of the World Health Organization (WHO) which recommends exclusive breastfeeding for the first six months.

Our study, conducted with women breastfeeding their first baby after leaving the hospital CHU Estaing of Clermont-Ferrand, between the 24th and the 27th of May 2014, shows that 76.7% of women confirm feeling this insufficient milk supply during the first 2 months of breastfeeding. Those periods of perception of insufficient milk supply have consequences on the continuation of breastfeeding. Indeed only 43.6% of the mothers continue to breastfeed exclusively. Our study also allows us to characterize those periods in detail.

We observed a significant connection between the perception of insufficient milk supply and the use of a pacifier. Moreover, we observed a connection between giving a bottle of formula milk while feeling an insufficient milk supply and the BMI of women, their motivation to breastfeed, their self-confidence in feeding their babies, the night feedings and the frequency, duration and intensity of these periods, the perception of insufficient milk supply shortly after giving birth, the growing chart of the baby and the continuation of the breastfeeding at 2 months. Nevertheless, our study -unlike other studies- didn't show a connection between point-supplementing with formula in the hospital (with a very strong prevalence: 73.8%) and the feeding mode at 2 months or the periods of lacking lactation.

This study shows that there is a real need to improve information, support and prevention with new mothers. A breastfeeding consultant should be assigned between day 8 and day 15. The healthcare professionals should also submit to ongoing in-service training.

Keywords : breastfeeding, insufficient milk supply, Breastfeeding mothers' perceptions of insufficient milk supply, transient lactational crises